CAUSES ET TRAITEMENT

N° 33

DES

HÉMORRAGIES

LIÉES A LA GROSSESSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 1er Février 1888

PAR

CHABAUD (Martin)

EX-INTERNE DES HOPITAUX D'AIX

Né à Meyrargues (Bouches-du-Rhône), le 8 avril 1860

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE Gustave FIRMIN

PLACE DE LA MAIRIE

Imprimeur-Éditeur

DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS DE MONTPELLIER

M DCCC LXXX VIII

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN. . . . . DOYEN
GRASSET. . . . . ASSESSEUR

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM.	COMBAL (✻ ✻).
Clinique des maladies mentales et nerveuses		CAVALIER (✻).
Physique médicale		MOITESSIER (✻).
Médecine légale et toxicologie		JAUMES.
Clinique chirurgicale		DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale		ENGEL.
Hygiène		BERTIN-SANS.
Pathologie interne		CASTAN.
Clinique médicale		GRASSET.
Botanique et histoire naturelle médicale		PLANCHON (✻ ✻).
Physiologie		LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie		L. DUMAS.
Clinique chirurgicale		TEDENAT.
Opérations et appareils		GRYNFELTT.
Pathologie externe		CHALOT.
Anatomie pathologique et histologie		KIENER (✻).
Anatomie (Chargé du cours)		GILIS.
Thérapeutique et matière médicale		HAMELIN (✻).

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✻).

Profess. honor. { MM. MARTINS (O. ✻).
DUPRE (C. ✻ ✻).

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

Clinique des maladies des enfants	MM.	BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutanées		GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards		MOSSÉ (✻).
Clinique ophthalmologique		TRUC, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. CARRIEU	MM. BAUMEL	MM. TRUC
MAIRET	VILLE	GERBAUD
BIMAR	GRANEL	GILIS
MOSSÉ (✻)	BOINET	MALOSSE
REGIMBEAU (✻)	FORGUE	BROUSSE
BLAISE		

MM. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. GRYNFELTT, *président*.
CHALOT, *professeur*.
GERBAUD, *agrégé*.
GAYRAUD, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A la mémoire de la meilleure des Mères

A MON PÈRE

M. CHABAUD.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A Monsieur et à Madame Isidore MARTIN

MON PARRAIN ET MA MARRAINE

L'amitié que vous m'avez témoignée jusqu'à ce jour est pour moi un gage sûr de celle que vous continuerez à me témoigner dans la suite.

M. CHABAUD.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur GRYNFELTT

M. CHABAUD.

A Messieurs les Médecins et Chirurgiens

DE L'HOPITAL D'AIX

A mon Collègue d'Internat et Ami

M. LOUIS VIDAL

MEIS ET AMICIS

M. CHABAUD.

AVANT-PROPOS

Les pertes de sang constituent un des plus grands malheurs auxquels les femmes sont sujettes. Il leur en arrive, pendant le cours de leur vie, qui sont plus ou moins dangereuses selon les causes, et elles y sont encore exposées durant leur grossesse, pendant et après l'accouchement. Toutes ces pertes peuvent les exposer au danger de perdre la vie.

Tout écoulement de sang qui s'opère par le col de la matrice ne mérite pas le nom d'hémorragie. Il faut, pour être en droit de lui donner ce nom, qu'elle soit surabondante ou intempestive. Le but de notre travail est de passer en revue les hémorragies puerpérales et surtout d'étudier l'ensemble des moyens qui ont été préconisés pour les arrêter.

L'époque de leur apparition durant la grossesse ou l'état des couches nous impose une distinction nécessaire, puisque les causes, les indications, le pronostic, tout est différent dans ces différentes circonstances.

Dans un *premier chapitre* nous étudierons la métrorragie avant le sixième mois de la gestation, métrorragie liée à l'avortement, dont elle annonce l'imminence ; puis l'hémorragie

des derniers mois, qui révèle ordinairement une insertion vicieuse du placenta. Nous exposerons en même temps le diagnostic de ces pertes de sang et le traitement qu'il convient de leur appliquer.

Dans un *second chapitre,* nous traiterons l'hémorragie pendant le travail. Nous indiquerons ses sources et son traitement.

Dans le *troisième,* il sera question de l'inertie, engendrant la perte, qui succède à la parturition et des moyens de la combattre.

Dans le *quatrième,* enfin, arriveront les hémorragies secondaires pouvant se déclarer pendant le mois qui suit la gestation.

Les hémorragies puerpérales occupent une place considérable dans la pathologie obstétricale. Elles affectent généralement un tel caractère de gravité pour la malade, qu'elles seraient très fréquemment mortelles, si l'art n'intervenait pas. La thérapeutique possède, en effet, une puissance réelle contre ce redoutable accident et, par une intervention intelligente, réussit presque toujours à en conjurer les dangers. Cette puissance établit du même coup la responsabilité du médecin dans la terminaison de chaque cas particulier ; car, si les succès obtenus dans les faits de cette nature témoignent de la valeur des soins donnés, les revers à leur tour accusent davantage l'homme de l'art et chargent plus lourdement sa conscience. Par conséquent, il importe que tout médecin ait constamment présentes à la mémoire les notions nécessaires

au traitement d'une complication dont la soudaineté exige une action prompte et ne laisse pas au praticien le temps de s'éclairer dans les conseils d'un confrère ou d'un traité sur la matière. L'accoucheur, armé d'un sang-froid imperturbable, aura toujours gravés dans l'esprit tous les moyens recommandéspar la science ; prompt à l'action, il sera prêt à les mettre tous en pratique à tour de rôle, si les circonstances l'exigent, jusqu'à ce que le cours du sang soit arrêté.

Durant le cours de mon internat à l'hôpital d'Aix, je me suis quelquefois trouvé aux prises avec des hémorragies liées à la grossesse. J'ai, en outre, à plusieurs reprises, assisté M. le docteur Chavernac dans ses opérations chirurgicales, et j'ai été maintes fois témoin des succès qu'obtenait cet honorable chirurgien dans le traitement des affections utérines et des hémorragies puerpérales.

Arrivé au terme de mes études, et au moment de choisir un sujet inaugural, mon esprit s'est fixé, d'après les conseils de ce praticien distingué, sur les hémorragies *ante* et *post partum*, sujet intéressant à plus d'un titre : il concerne la science de l'accoucheur, son habileté, son sang-froid. La vie des femmes enceintes dépend souvent de ces trois qualités.

Avant d'entrer en matière, je dois acquitter une dette de reconnaissance : que M. le docteur Chavernac reçoive mes remerciements pour les sages et sympathiques conseils qu'il n'a cessé de me prodiguer !

CAUSES ET TRAITEMENT

DES HÉMORRAGIES

LIÉES A LA GROSSESSE

CHAPITRE PREMIER

HÉMORRAGIES DE LA GROSSESSE

L'hémorragie utérine qui survient pendant le cours de la grossesse est liée à l'avortement par des relations intimes de cause à effet. Il résulte de ce fait que, dans l'immense majorité des cas, la perte tend à expulser au dehors le produit de la conception. Si ce résultat n'arrive pas toujours, la cause en est due à l'intervention opportune du praticien.

Les hémorragies de la grossesse reconnaissent des causes diverses : les unes viennent du dehors, les autres proviennent de la mère ou du fœtus. Les premières ont une action brusque, les secondes n'agissent qu'à la longue. Afin de mettre plus de

clarté dans l'exposé qui va suivre, nous diviserons ces causes, avec le plus grand nombre des auteurs, en *prédisposantes* et *spéciales* et en *déterminantes* ou *occasionnelles*.

Disons de suite que ces causes, quelles qu'elles soient, n'ont pas le même degré de fréquence, suivant la période de la gestation que l'on considère ; aussi les hémorragies qu'elles vont engendrer se produiront-elles plus volontiers pendant les six premiers mois de la grossesse qu'à une époque plus reculée.

CAUSES PRÉDISPOSANTES

Fluxion menstruelle. — Une des plus puissantes et des plus communes est sans contredit la fluxion menstruelle. Il ne faut pas considérer comme de véritables hémorragies cette sorte d'exhalation sanguine qui survient à l'époque ou quelques jours après l'époque qui correspondrait à la période menstruelle, si la femme n'était pas enceinte. Ces pertes, assez insignifiantes, sont d'observation commune ; elles peuvent se produire plusieurs mois de suite, sans qu'il résulte rien de fâcheux pour la mère ou le fœtus. Mais il est une catégorie de femmes à tempérament sanguin, avec pléthore générale, chez lesquelles l'afflux menstruel peut avoir des conséquences beaucoup plus graves. Chez elles, la congestion utérine peut devenir telle qu'une hémorragie se produise. On croit à un simple retour des règles ; mais, si l'on examine attentivement les caillots sanguins expulsés, on ne tarde pas à acquérir la conviction que l'œuf a été chassé de la cavité utérine. Cette même congestion utérine menstruelle peut aussi, quand il existe des prédispositions pathologiques spéciales (diathèses, intoxications, etc.), produire un résultat semblable chez des femmes grosses dont le tempérament est loin d'être sanguin.

Fragilité des vaisseaux utéro-placentaires. — La disposition particulière, la structure des artères et des veines utérines, sont une cause réelle de prédisposition à l'hémorragie. Entrons à ce sujet dans quelques détails.

Les artères qui se rendent à l'utérus sont, au moment de la grossesse, le siège de modifications nombreuses. Une suractivité fonctionnelle considérable est imposée à ces vaisseaux. On les voit en effet, au moment où ils pénètrent dans le tissu utérin, se renfler, se dilater, puis donner naissance à des anastomoses très variées. C'est surtout au point de l'utérus qui correspond à l'insertion du placenta que les divisions artérielles sont les plus nombreuses. Celles-ci traversent l'épaisseur de la caduque inter-utéro-placentaire et donnent naissance à une infinité de capillaires. Les veines sont, elles aussi, très nombreuses et présentent au niveau de la caduque utéro-placentaire une disposition ampullaire. Il y a là de véritables sinus dans lesquels le sang circule avec assez de lenteur. Mais ce qui, plus que ce que nous venons de dire, favorise la production d'une hémorragie est précisément la structure anatomique des parois artérielles et veineuses. Les artères sont bien revêtues d'un mince feuillet cellulaire ; mais les veines sont uniquement constituées par leur paroi interne. On conçoit dès lors avec quelle facilité se produiront les hémorragies en cet endroit, quand surviendra une cause en apparence insignifiante.

L'irritation réflexe que produit la seule présence de l'œuf dans l'utérus, au début de la grossesse, alors que celui-ci n'est pas encore habitué à ce corps étranger, peut à la rigueur elle seule engendrer la perte. D'ailleurs la stase veineuse considérable que l'on observe dans ces sinus de la caduque ne contribuera pas peu à amener ce résultat. Si le plus ordinairement l'hémorragie se produit au niveau de la caduque utéro-

placentaire, parfois aussi elle a lieu au niveau de la caduque réfléchie.

Les causes les plus vulgaires, celles qui par leur nature se répètent à chaque instant de la vie, le plus léger faux pas, le moindre cahot de voiture, etc., acquièrent dans les circonstances que nous étudions une grande influence. Certains auteurs cependant, et avec eux Velpeau, considérant que des femmes ne peuvent aboutir à produire chez elles l'avortement, malgré les imprudences réelles et voulues qu'elles commettent, ont cherché à nier l'influence des causes dont nous parlons et à ne guère admettre comme cause d'hémorragie et d'avortement que les maladies de l'œuf et de l'utérus. Mais cette opinion est exagérée.

Spasmes des diverses couches musculaires de l'utérus. — Gendrin a spécialement attiré l'attention sur les conséquences graves que peuvent avoir les spasmes utérins. Comme tous les autres organes composés de fibres musculaires lisses, comme l'œsophage et comme la vessie, le muscle utérin est exposé à être le siège de contractions spasmodiques.

Remarquons en effet que l'utérus possède plusieurs couches musculaires, qu'il y a dans cet organe des fibres ou plutôt des faisceaux de fibres à direction très variée. Dans ces conditions le mécanisme des hémorragies dues aux spasmes est des plus faciles à comprendre. Qu'un faisceau de fibres se contracte indépendamment des autres, et le sang, abandonnant en masse la zone où siège le spasme, va se porter vers la zone voisine. Cette partie de l'organe devient le siège d'une congestion très active, et pour peu que la cause du spasme dure de temps, la congestion fera place à l'hémorragie. Il y a plus : qu'un spasme se fasse sentir au niveau de la zone d'insertion placentaire, comme il est fort probable qu'il ne se produira pas exactement sur toute la partie occupée par le placenta, il

en résultera des tiraillements chez ce dernier. Le délivre, qui a pu suivre petit à petit l'ampliation utérine, au fur et à mesure que la grossesse suivait son cours, ne peut pas de même suivre le retrait partiel de cet organe, et alors la partie placentaire correspondant au spasme se laisse décoller et finalement donne naissance à une hémorragie. Celle-ci ne sera pas toujours visible ; le sang épanché pourra être retenu un temps plus ou moins long dans la partie décollée, si celle-ci est centrale ; mais peu importe, l'accident reste avec sa gravité toujours la même. Sauf de bien rares exceptions, la grossesse sera interrompue, l'œuf mourra, et ce corps étranger sera expulsé au bout d'un temps variable.

Abus du coït. — L'acte du coït peut chez la femme enceinte, à moins que celle-ci ne le pratique que d'une façon tout à fait passive, donner lieu à quelques considérations intéressantes pour notre sujet. Il est clair que, si le coït est trop impétueux, il va se produire un ébranlement considérable du côté de l'utérus. Celui-ci, réagissant sur l'œuf, le décolle parfois et amène consécutivement une perte. Pareil résultat est obtenu quand le coït, sans être trop impétueux, est accompagné d'une sensation voluptueuse très grande. Dans ces conditions, l'utérus se congestionne outre mesure et parfois la congestion fait place à une perte. L'influence de l'abus du coït est infiniment plus grande qu'on n'est, à première vue, porté à le croire. Parent-Duchatelet, qui s'est occupé avec beaucoup de soins de la question, nous révèle des détails intéressants au sujet des femmes prostituées. La conclusion qu'il tire de ses recherches, c'est que ces dernières sont assez souvent fécondées; seulement la grossesse arrive rarement à terme. Certainement chez ces femmes, à l'abus du coït viennent se joindre d'autres causes puissantes d'avortement, telles que l'usage immodéré des boissons, du tabac, l'abus des lotions froides, etc. Mais il est acquis

que l'abus du coït entre pour une large part dans les causes prédisposantes à l'hémorragie. Les prostituées sont souvent enceintes ; mais souvent aussi leur grossesse passe inaperçue ; on croit à un simple trouble de la menstruation, trouble, d'ailleurs, fréquent chez elles ; puis tout à coup les règles reparaissent et tout rentre dans l'ordre. Mais s'y l'on y regarde de près on peut trouver au milieu des caillots qu'expulse la femme l'œuf qui a été détaché. On aperçoit, comme elle dit, le *bouchon*.

Ces hémorragies sont surtout fréquentes au début de la grossesse ; mais elles peuvent arriver aussi dans les derniers mois.

Usage du corset. — Celui-ci surtout, quand il est trop serré, s'oppose à l'ampliation progressive et graduelle de l'utérus, et l'irrite d'une façon continue. Il arrive alors que l'organe gestateur réagit contre la pression à laquelle on le soumet ; il cherche à se débarrasser du contenu qu'il renferme et assez ordinairement il décolle l'œuf et produit une perte sanguine.

Nous ne passerons pas en revue toutes les circonstances propres à déterminer ou à entretenir dans la circulation générale un surcroît d'activité pouvant amener à sa suite un afflux sanguin considérable vers l'utérus. L'énumération de toutes ces causes, outre qu'elle serait trop longue, présenterait peu d'intérêt ; car on peut *à priori* concevoir que toutes agissent d'une façon à peu près identique. Disons cependant que les veilles réitérées, la fréquentation des bals, le séjour prolongé dans une atmosphère chaude, la fatigue, une nourriture trop excitante, pourront parfois retentir d'une façon fâcheuse sur l'utérus gravide et compromettre sérieusement le produit de la conception.

Mariages consanguins. — Il nous resterait, avant de quitter ce chapitre et avant de parler de l'influence des maladies aiguës ou chroniques, à dire quelques mots sur les conséquences,

au point de vue qui nous occupe, des climats, des altitudes, des mariages entre parents.

Pour ce qui est des unions consanguines, leur influence sur la marche régulière de la grossesse a été singulièrement exagérée par les auteurs. Tourdes (*in Dictionn. de Dechambre*) prétend que l'influence que l'on a fait jouer à la consanguinité est bien plutôt due à des tares de famille, à des diathèses anciennes.

Climats. -- Altitudes. — On sait peu de chose sur l'influence des climats et des altitudes. C'est là un sujet encore nouveau et qu'il serait intéressant d'étudier à fond. Certaines contrées ont la réputation de prédisposer les femmes enceintes à l'hémorragie ; mais cette assertion n'est pas suffisamment prouvée. Dans les Vosges, en particulier, il paraîtrait que les femmes grosses ont contracté l'habitude de descendre dans la plaine pour se mettre à l'abri de ces accidents hémorragiques. Pareil fait aurait été observé sur les plateaux élevés du Mexique.

Habitude de l'avortement. — Cette habitude existe-t-elle? Une première hémorragie suivie d'avortement fera-t-elle naître chez la femme un état particulier qui lui fera réaliser de nouveaux avortements dans les grossesses postérieures? Si l'on peut parfois admettre que la cause de la première perte subsiste prête à en faire naître de nouvelles, il est cependant certain que parfois l'utérus acquiert ainsi l'habitude de se débarrasser de l'œuf qu'il renferme. La femme a une perte et avorte uniquement parce qu'une première fois ce fait s'est réalisé. On dirait que chez elle l'utérus se vide à trois mois par exemple, comme il se vide chez les autres à neuf. Toutefois les grossesses successives qui se produisent dans ces conditions vont généralement en se rapprochant de plus en plus du terme normal. Les vétérinaires observent fréquemment de pareils faits chez les femelles d'animaux.

Maladies chroniques. — De toutes les maladies chroniques, la tuberculose est certainement celle qui apporte dans la menstruation les troubles les plus grands et les plus variés : dysménorrhée, règles avancées ou retardées, hémorragies utérines, aménorrhée, etc. Il n'est donc pas étonnant que la grossesse soit par elle fâcheusement influencée ; et si à première vue, en considérant le grand nombre de femmes tuberculeuses qui donnent naissance à des produits parfaitement sains et qui restent tels longtemps, on était tenté de croire que cette maladie prédispose peu la femme grosse aux accidents hémorragiques, on reviendrait bien vite de son erreur en regardant les choses de plus près. Le docteur Bourgeois, dans son mémoire à l'Académie, a en effet établi que l'avortement est commun chez les femmes tuberculeuses. Comme la phtisie, avec laquelle elle a les plus grands rapports, la scrofule trouble souvent le cours régulier de la grossesse, et si les statistiques ne sont pas toutes d'accord à ce sujet sur les chiffres qu'elles donnent, toutes du moins constatent le même fait.

Pour ce qui est de la *syphilis*, disons de suite que son influence est déplorable et admise par tous sans conteste. Il ne s'ensuit pas cependant que la femme affectée de syphilis constitutionnelle ne puisse mener parfois sa grossesse à terme : le fait a été observé et se voit encore souvent. Mais souvent aussi la grossesse est chez elle rapidement troublée. Nous rapporterons à l'appui de cette opinion le cas suivant, que nous avons observé à l'hôpital d'Aix, et qui est concluant :

Pauline X..., tailleuse, qui avait toujours joui d'une excellente santé, contracte la syphilis dans le courant de l'année 1885, et entre, le 6 octobre, pour se faire soigner de cette affection, dans nos salles. Elle présente sur la lèvre antérieure du col utérin une ulcération chancreuse, qui cède à un traitement approprié *intus* et *extra*. Elle nous raconte, à cette époque, qu'elle n'a fait jusqu'à ce jour aucune

maladie sérieuse ; pas d'antécédents héréditaires d'aucune sorte dans sa famille. Deux ans auparavant environ, le 3 octobre 1883, elle avait accouché à terme d'un enfant vivant, qui est mort, 6 mois après, de la rougeole. Pauline quitte l'hôpital le 28 octobre. Nous lui recommandons de continuer le traitement qu'elle a commencé (pilules de Ricord), mais elle n'en fait rien. En janvier de l'année suivante, le 6 (elle était alors enceinte de six mois environ), Pauline rentre dans nos salles. Depuis la veille, nous dit-elle, elle a une perte sanguine par la vulve assez considérable, et éprouve au niveau du ventre des douleurs qu'elle compare à celles de l'accouchement. A son arrivée, nous constatons que la perte est insignifiante, mais que le col est le siège de modifications importantes : il est entr'ouvert, de la largeur d'une pièce de 1 franc ; l'index, porté dans sa cavité, reconnaît facilement la tête fœtale qui se présente. L'hémorragie étant très minime et l'avortement paraissant inévitable, nous nous contentons d'observer la femme. Quelques instants plus tard, l'expulsion de l'enfant a lieu. Celui-ci paraissait mort depuis plusieurs jours : les os du crâne étaient mobiles et l'épiderme enlevé sur plusieurs points par larges plaques. La délivrance se fait sans trop de difficulté, et la femme se rétablit assez promptement. Dans le courant de cette année 1886, nous revîmes une troisième fois la malade : vers le mois de juillet, elle vint demander nos soins pour des manifestations syphilitiques secondaires nombreuses qu'elle présentait sur le corps. La vue s'affaiblit beaucoup du côté droit, et on reconnut à l'ophthalmoscope les lésions d'une rétinite spécifique.

Une troisième grossesse, qui eut lieu l'année suivante, en 1887, n'eut pas un sort meilleur. Vers le sixième mois, Pauline fut prise (le 21 septembre) de perte légère et de douleurs d'expulsion. Elle avorta quelques heures après son entrée à l'hôpital. Comme dans la précédente grossesse, l'enfant était mort depuis plusieurs jours. Les suites de cet avortement furent des plus simples, et Pauline put nous quitter au bout de peu de temps, bien que le placenta fût venu par morceaux, et qu'il y eût à craindre des accidents de résorption putride.

L'influence de la vérole nous paraît des plus évidentes dans cette observation : Pauline, avant d'avoir contracté la syphilis, a une grossesse absolument normale et, après l'infection, un

double avortement à six mois, occasionné par la mort prématurée du fœtus.

Que dirons-nous de l'influence des diathèses rhumatismale, herpétique, goutteuse ? Il est probable que ces différents états morbides impriment aussi à la grossesse une marche particulière ; mais les observations ne sont pas assez nombreuses sur ce sujet pour que nous insistions.

Affections aiguës. — Il est un groupe de maladies aiguës (fièvres bilieuse, gastrique, etc.) qui influencent peu la grossesse quand elles règnent à l'état sporadique. Mais les choses changent de face quand elles revêtent une forme épidémique ; c'est ainsi que pendant l'épidémie qui sévit à Copenhague, en 1672, ces affections occasionnèrent des désordres très-graves.

Beaucoup de femmes enceintes eurent des hémorragies, et un grand nombre d'entre elles moururent. Vers le milieu du siècle dernier, en 1758, à Lille, pareils désordres, au dire de Boucher, se produisirent : les avortements furent fréquents et la mortalité des femmes, considérable.

L'effet du *choléra* est désastreux. Les pertes sont communes dans les cinq premiers mois de la grossesse, plus rares dans la suite. L'avortement a souvent lieu. Il est même permis de supposer que, si chez beaucoup de cholériques, des accidents du genre de ceux dont nous parlons ne se produisent pas, le fait est peut-être uniquement dû à cette particularité que la maladie a été de trop courte durée.

La *variole*, la *scarlatine*, de même que le choléra, déterminent des hémorragies, l'avortement et la mort des femmes grosses cinq fois sur six. Si l'on excepte quelques cas tout à fait légers, l'apparition de l'une de ces maladies au cours d'une grossesse commande donc le pronostic le plus grave.

Plus funeste encore que la variole et la scarlatine est la *fièvre typhoïde*. Bourgeois rapporte que, sous l'influence de cette maladie, il a vu douze fois sur seize cas la grossesse troublée et l'avortement se produire. On conçoit d'autant plus facilement la désastreuse influence de cette maladie sur l'issue de la grossesse, que l'on a cité des cas (Charcellay, *Annales de Médecine*) où la maladie s'était déclarée chez le fœtus.

La *pneumonie*, elle aussi, trouble la grossesse. « Je crois, dit Grisolle, que cette fâcheuse influence s'explique par l'importance de l'organe qui est affecté, par la gravité de la maladie, l'intensité de la réaction générale et le nombre des phénomènes sympathiques qu'elle produit dans toutes les fonctions, bien plutôt que par les secousses de la toux. Quant à la grossesse, elle a sur l'issue de la maladie une influence désastreuse, puisque sur quinze femmes onze succombent. »

Nous croyons bon de rappeler à ce sujet un cas qu'il nous a été donné d'observer dans les salles de l'hôpital d'Aix :

Il s'agit d'une nommée Marie G..., âgée de 24 ans, qui entre, le 4 janvier 1887, dans le service des fiévreuses. Cette femme est enceinte de sept mois et demi environ. Sa santé a toujours été excellente jusqu'à cette époque. Au moment où elle nous arrive, nous constatons l'état suivant : pouls fréquent ; température élevée, 39°5 ; face colorée ; pommettes rouges ; dyspnée considérable. La percussion fait découvrir une zone absolument mate au niveau du lobe supérieur droit du poumon ; l'auscultation nous révèle un souffle tubaire très net en cet endroit avec quelques râles sous-crépitants. Le diagnostic s'imposait : pneumonie du sommet droit. Les jours suivants, l'état reste sensiblement le même ; la température est toujours élevée et la dyspnée considérable. Le 7 au matin, on vient nous dire que Marie a des douleurs abdominales très vives. Nous constatons alors que le col utérin est ramolli, qu'il a subi un commencement de dilatation et qu'un écoulement sanguin de très petite intensité se fait par la vulve. Pensant que notre malade allait avorter, nous restons

auprès d'elle, et bientôt après, l'expulsion du fœtus a lieu. La délivrance se fait naturellement, la perte cesse, l'utérus se contracte énergiquement. L'enfant, qui est né vivant mais très faible, meurt dans le courant de la journée, malgré les soins qui lui sont prodigués. Quant à la mère, elle se rétablit avec la plus grande rapidité. La pneumonie avait disparu d'une façon complète, au bout de quatre jours. L'avortement avait exercé une heureuse influence sur l'issue de la maladie, bien que celle-ci, par son siège au sommet, présentât une gravité exceptionnelle.

Nous n'en finirions pas si nous voulions passer en revue toutes les maladies aiguës. Disons seulement que l'utérus est le centre vers lequel convergent tous les actes de l'organisme, que son action excito-motrice, sous l'influence d'une affection quelconque, peut entrer en jeu et qu'enfin l'œuf peut être décollé et l'avortement se produire.

HÉMORRAGIES DES TROIS DERNIERS MOIS

Les causes qu'il nous reste à examiner sont celles qui agissent d'une façon plus particulière dans les derniers mois de la grossesse.

En première ligne vient l'*insertion vicieuse du placenta.*

Celui-ci, presque toujours, s'insère sur le fond de l'utérus. Peut-être trouverons-nous l'explication de ce fait dans l'état particulier que présente la muqueuse utérine au moment de l'ovulation. A ce moment en effet, qui, disons-le en passant, correspond à celui de la conception, l'appareil vasculaire de cette muqueuse présente une disposition spéciale. Il y a dans son épaisseur un réseau sanguin très abondant. La muqueuse, grâce au développement de ce réseau, et aussi au développement des glandes qu'elle renferme, se trouve hypertrophiée au point de former des replis nombreux qui réduisent à néant la

cavité utérine. Quoi d'étonnant alors que l'œuf qui vient d'être fécondé s'arrête, au moment où il tombe dans l'utérus, dans un de ces replis et se développe de préférence au voisinage des trompes, c'est-à-dire dans le fond de l'organe ? C'est là le cas le plus ordinaire. Mais il n'en est pas toujours ainsi : le placenta arrive parfois à s'insérer au niveau du segment inférieur de la matrice. Pendant les six premiers mois de la grossesse il ne se produit rien d'anormal. L'œuf se développe en même temps que l'utérus augmente. Il n'y a là rien qui doive nous étonner, car l'ampliation de la matrice se fait à cette époque aux dépens de son fond et de son tiers moyen. Le tiers inférieur ne prend aucune part à ce développement. L'utérus, arrivé au sixième mois de la grossesse, est alors assez exactement piriforme. Jusque-là l'insertion vicieuse du placenta n'a en rien fait sentir son influence. Mais bientôt les choses vont changer de face. L'organe va maintenant s'accroître, surtout aux dépens de son tiers inférieur. De piriforme qu'il était, il va devenir ovoïde. Le délivre, qui a contracté des adhérences nombreuses avec la partie de l'utérus sur laquelle il est inséré, ne se prêtera que difficilement à ce développement.

Jacquemier a expliqué avec beaucoup de clarté ce qui se produit dans ces circonstances. Si, dans les cas ordinaires, quand le placenta est inséré sur le fond, l'ampliation de l'utérus peut se faire, ce fait s'explique par cette particularité que le développement de la matrice et celui du délivre vont de pair. Ce dernier peut alors, sans se laisser décoller, participer à cette ampliation. Mais, au sixième mois, l'accroissement du placenta est complet ; il ne se prête plus alors à l'accroissement utérin, quand il est inséré près du col. Comme, d'autre part, cet accroissement utérin se fait d'une façon très rapide, les attaches vasculaires qui unissent le délivre à la matrice se rompent, et des accidents plus ou moins graves et plus ou moins subits se produisent.

Peu nous importe que l'insertion du placenta soit marginale, ou en fer à cheval, complète ou incomplète, ou même encore intra-cervicale. Les accidents hémorragiques seront, à la vérité, plus ou moins précoces ; mais ils surviendront fatalement. Si l'insertion est marginale, l'hémorragie se produit de bonne heure ; si elle est exactement cervicale, elle n'aura lieu qu'au moment de l'accouchement. Pas n'est besoin, pour expliquer l'hémorragie, d'invoquer la diminution de la longueur du col et l'élargissement de son orifice interne vers la fin de la grossesse. Cette explication, qui était bonne quand il s'agissait d'insertion cervicale, n'avait plus aucune valeur quand il s'agissait, au contraire, d'insertion marginale.

En résumé, le placenta rompt ses attaches et la perte survient parce que, dans les derniers mois de la grossesse, l'utérus se développe d'une façon rapide aux dépens de son tiers inférieur, et que le placenta, qui, lui, a atteint tout son développement, ne peut pas suivre ce mouvement d'ampliation utérine.

Il est quelques rares circonstances où il ne se produit pas de perte avec une insertion vicieuse : ne pourrait-on pas les expliquer en disant que, si les membranes se rompent de bonne heure, l'utérus revient sur lui-même, la tête fœtale s'applique assez exactement sur la portion décollée du placenta pour que celui-ci, comprimant les vaisseaux béants, empêche la perte de se produire ?

Hydropisie de l'amnios. — Quand elle est considérable, elle peut devenir une cause puissante d'avortement et d'hémorragie. L'utérus, qui pendant un certain temps se laisse distendre outre mesure par le liquide amniotique, finit par se révolter contre cette pression malencontreuse. Il réagit en se contractant, décolle l'œuf et amène une perte en même temps qu'il rend l'avortement inévitable.

Rupture du cordon et de ses vaisseaux. — Quelque bizarre que puisse paraître la rupture des vaisseaux ombilicaux, elle a cependant été observée. Il est probable qu'il convient d'invoquer, dans ce cas, une prédisposition, une lésion qui évoluait à l'état latent et qui, à un moment donné, a produit une hémorragie.

Le docteur Rivet a publié dans les *Archives de Tocologie*, septembre 1883, un cas des plus intéressants. Il s'agit d'une grossesse gémellaire. Après la sortie du premier enfant, le second, enveloppé dans un sac amniotique intact, se présenta par le sommet. Les membranes ne se rompirent qu'à l'arrivée de la tête à la vulve, et à ce moment un jet de sang fit irruption du bord libre de la poche rompue.

La délivrance effectuée, l'accoucheur constata la disposition suivante. Il y avait deux placentas distincts : dans le premier le cordon se fixait à la marge : dans le second, l'insertion était vélamenteuse et la rupture avait eu lieu sur le trajet même des vaisseaux ; les deux artères et la veine étaient rompues. Cette lésion expliquait l'hémorragie survenue au moment de la rupture de la seconde poche amniotique. Comme conséquence de cette perte de sang, le second enfant naquit en état de mort apparente et excessivement pâle.

Une application rapide de forceps eût été le seul traitement à employer en cette circonstance, si la tête n'eût pas rapidement franchi l'orifice vulvaire. Dans un cas de Deneux, c'est la veine ombilicale qui avait donné naissance à la perte.

Dans un autre cas, cité tout au long dans Cazeaux, la rupture des vaisseaux ombilicaux s'était produite entre la portion de la poche des eaux qui recouvre le placenta et le placenta lui-même.

La *brièveté du cordon*, qu'elle soit naturelle ou le fait d'un certain nombre de circulaires autour du cou, peut aussi donner

lieu à des hémorragies, non seulement au moment de l'accouchement par décollement prématuré du placenta, mais encore avant le début du travail, avant la rupture de la poche des eaux (MM^mes Lachapelle, Boivin, etc.). Il convient d'invoquer dans ces cas une fragilité considérable des vaisseaux ombilicaux et aussi des mouvements désordonnés produits par le fœtus.

Affections organiques. — Le cancer ne se montre généralement qu'à un âge avancé, à une époque où les fonctions de la génération sont rentrées dans le silence. Quand il se produit avant la ménopause, il semble gêner beaucoup plus l'accouchement que compromettre la grossesse. Il n'en est pas de même des corps fibreux. Si leur présence n'a pas gêné la fécondation, la grossesse parvient difficilement à son terme. On sait avec quelle facilité les myômes utérins donnent, en dehors de la grossesse, naissance à des hémorragies. Combien plus désastreuse encore ne sera pas leur influence, quand ils coïncideront avec un utérus gravide ! Les hémorragies vont être aussi fréquentes que redoutables. De même, sous l'influence d'une tumeur de voisinage, l'utérus, éprouvant de la peine à effectuer son développement progressif, sera irrité à un point tel, que son pouvoir excito-moteur entrera en jeu, amènera la déchirure des vaisseaux utéro-placentaires et consécutivement une perte.

CAUSES DÉTERMINANTES OU OCCASIONNELLES

Les causes que l'on a rangées dans cette catégorie sont si nombreuses qu'on ne peut en faire une énumération complète. Il n'est en effet aucune circonstance de la vie que l'on n'ait accusée. Et cependant les observations sont nombreuses où

l'on voit les traumatismes les plus considérables ne pas interrompre le cours normal de la grossesse. Des faits, entourés de toutes les garanties désirables, prouvent la véracité de ce que nous avançons. Mauriceau rapporte qu'une femme enceinte de 7 mois tomba d'un troisième étage sur des pierres et ne vit pas sa grossesse troublée. Cazeaux nous dit qu'une jeune fille enceinte de 5 mois se précipita du Pont-Neuf dans la Seine sans qu'il résultât rien de fâcheux pour elle. Ne voit-on pas d'ailleurs tous les jours des femmes, désireuses d'avorter, ne pouvoir atteindre ce but malgré leurs imprudences ? Faudra-t-il pour cela éliminer la majeure partie de ces causes ? Nous ne le pensons pas. Celles-ci arriveront à troubler la grossesse, mais à une condition : c'est qu'il existera chez la femme une ou plusieurs des causes déterminantes que nous avons passées en revue. « La fausse couche, dit Velpeau, n'arrive jamais que par suite d'une maladie de l'œuf ou de l'utérus. » Une émotion quelconque, un effort, un cahot de voiture, de chemin de fer, une secousse, une violence extérieure si légère qu'on la suppose, la seule présence d'une personne antipathique, peuvent, dans des circonstances particulières, amener une perte. Mais comment agissent ces diverses causes ? Les unes, d'ordre purement moral, exercent leur action sur tout l'organisme ; mais, comme l'utérus gravide est le centre vers lequel tout converge, il en ressent d'une façon plus particulière le contre-coup. Quant aux autres, elles agissent d'une façon directe sur la matrice, rompent les vaisseaux utéro-placentaires et décollent le placenta.

Gravité de ces causes pour la mère et l'enfant. — Fréquence. — Les pyrexies graves, les fièvres éruptives arrivent en tête des maladies qui influencent le plus la grossesse. Fatales le plus souvent pour le fœtus, elles sont redoutables aussi pour la mère. La grossesse s'accorde très mal avec ces états et assombrit singulièrement le pronostic de ces affections.

Les affections chroniques et avec elles les diathèses, présentent, pour la mère et l'enfant, une gravité bien moindre que les premières. Sans doute on aura souvent à craindre l'avortement ; mais la vie de la mère ne sera qu'exceptionnellement en cause.

Le tempérament sanguin, avec ses congestions utérines à l'époque cataméniale, compromettra souvent la grossesse, mais rarement la santé de la mère. Il en est de même de ces spasmes que nous avons étudiés.

Les causes occasionnelles ne sont, avons-nous dit, à redouter que si elles se présentent chez une femme prédisposée à l'hémorragie et à l'avortement. Les maladies utérines, l'abus du coït, sont plus à craindre pour l'enfant que pour la mère.

L'insertion vicieuse du placenta constitue une particularité redoutable ; la vie de l'enfant est souvent compromise par les hémorragies produites, et la vie de la mère, elle-même, plus d'une fois est en cause. C'est donc, en somme, un accident très grave.

Les plus communes des hémorragies qui nous occupent sont celles qui sont dues à la congestion utérine coïncidant avec l'époque menstruelle. Cette influence agit surtout dans les premiers temps de la grossesse. Les statistiques prouvent ce fait. Après la congestion utérine comme cause d'hémorragie, nous trouvons toutes les lésions vitales de l'œuf, l'irritabilité extrême de la matrice, sa rigidité chez les primipares âgées, puis les causes occasionnelles. Vers la fin de la grossesse, la cause prédisposante la plus commune est sans contredit l'insertion vicieuse du placenta.

DIAGNOSTIC DES HÉMORRAGIES DE LA GROSSESSE

Les hémorragies de la grossesse, tant celles des six premiers mois que celles des trois derniers, se manifestent par des symp-

tômes locaux et par des symptômes généraux. Ceux-ci précèdent ou accompagnent la perte. Les symptômes prodromiques consistent en malaise général, douleurs lombaires, pesanteur et engourdissement vers le bassin, faiblesse des jambes, inquiétudes. A ces signes de pléthore locale utérine, s'ajoutent les symptômes de pléthore générale : maux de tête, fréquence du pouls, coloration de la face, éblouissements, vertiges. L'hémorragie déclarée, les symptômes généraux sont ceux de toutes pertes : faiblesse, vertiges, syncopes, décoloration de la face, etc. Les symptômes locaux se résument dans l'hémorragie elle-même, qui, suivant les cas, est visible ou non. Si celle-ci se fait au dehors, rien n'est plus facile que d'affirmer son existence; mais, si elle est interne, il n'en est plus ainsi. Que l'hémorragie interne se fasse dans les six premiers mois de la grossesse, qu'elle soit peu abondante, et elle passera facilement inaperçue. Le cas est bien différent si l'hémorragie a quelque importance. Les caillots formés entretiendront du côté de l'utérus une douleur sourde, un sentiment de pesanteur qui n'auront aucune tendance à disparaître. Le fœtus mourra, et si la grossesse est arrivée au cinquième mois, on pourra constater sa mort. Ces douleurs persisteront jusqu'à ce que l'avortement, devenu inévitable, se soit opéré. Si la grossesse est plus avancée encore, et que l'épanchement sanguin soit considérable, des signes nouveaux viendront s'ajouter aux premiers. L'utérus augmentera *rapidement de volume;* il sera plus dur, il présentera même dans quelques cas une apparence bilobée. Comme précédemment, on pourra constater par l'auscultation la mort du fœtus, et la mère ne percevra plus les mouvements actifs de celui-ci. La perte interne abondante est donc un accident qui ne passera pas inaperçu. Il sera même d'autant plus facile d'affirmer son existence que la grossesse sera plus avancée. Au début de la grossesse, le diagnostic de la perte légère sera au contraire malaisé à faire.

Quelle est, maintenant, la cause probable de l'hémorragie? Dès le début, nous nous heurtons à une difficulté très ardue à résoudre. Cette difficulté est la suivante : la perte utérine coïncide-t-elle avec la grossesse ou bien est-elle due à un simple retour des menstrues suspendues depuis un certain temps? Se trouve-t-on en présence d'une perte qui va compromettre la grossesse en amenant peut-être un avortement, ou bien est-on en présence d'un simple phénomène physiologique? La solution de ce problème est des plus importantes ; car les indications qui en découlent sont dans un cas absolument opposées à ce qu'elles sont dans l'autre. S'il s'agit d'un simple retour des menstrues, l'intervention du praticien est absolument nulle; on n'a qu'à se féliciter de la réapparition de la fonction menstruelle momentanément suspendue. Si, au contraire, la perte provient d'un utérus gravide, la première des indications à remplir est d'arrêter l'hémorragie pour éviter, s'il en est temps encore, l'avortement imminent. Il semble, à première vue, difficile d'admettre qu'une grossesse puisse, arrivée au quatrième mois, passer inaperçue, et cependant le fait existe. S'il est vrai qu'en bien examinant les circonstances au milieu desquelles l'hémorragie se produit, qu'en passant en revue les signes probables de la grossesse, on puisse affirmer ou nier dans l'immense majorité des cas la présence du fœtus, il est certain aussi que parfois des femmes profondément névropathes ont pu réaliser chez elles un certain nombre de ces signes de probabilité et en imposer au praticien le plus expérimenté. Sur quels signes alors asseoir son diagnostic? L'hémorragie menstruelle est précédée pendant un temps plus ou moins long de douleurs d'une acuité variable; elle laisse le col utérin fermé et fait cesser les douleurs dès qu'elle est établie d'une façon régulière. Au contraire, dans l'hémorragie qui précède l'avortement, les douleurs, loin de devenir moins vives, acquièrent une plus

grande intensité, mais ne se montrent qu'après l'apparition de l'hémorragie elle-même.

Ce sont là les caractères différentiels donnés par M^me^ Lachapelle ; malheureusement ils n'ont rien de fatal. Cette question n'est donc pas toujours facile à trancher. Le siège à attribuer à l'hémorragie du début de la grossesse ne peut pas toujours être reconnu. Comment, en effet, faire pour reconnaître qu'il s'agit d'un décollement du placenta, de la rupture de quelques vaisseaux utéro-placentaires, d'une perte de la caduque ? etc.

Si l'hémorragie est interne, les difficultés deviennent plus grandes encore : que le sang s'épanche dans l'épaisseur du placenta, qu'il s'épanche entre le placenta et la caduque utéro-placentaire, à la face fœtale du placenta, entre les divers feuillets qui constituent la poche de l'amnios (Baudeloque) ou encore dans l'intérieur même de l'amnios (Levret, Nœgelé, Baudeloque), et les symptômes généraux que l'on observera signaleront peut-être la perte, mais ne nous renseigneront en aucune façon sur son siège.

Les difficultés ne restent plus les mêmes vers la fin de la grossesse. A cette époque, il est excessivement rare et tout à fait exceptionnel de voir une perte produite par la fonction cataméniale. Les hémorragies proviennent presque toujours d'un décollement prématuré du placenta, d'une insertion vicieuse du délivre, de la rupture de quelques vaisseaux utéro-placentaires. La question de l'implantation vicieuse du placenta a justement préoccupé les auteurs ; il est en effet de première nécessité de pouvoir diagnostiquer cette anomalie. Les signes négatifs que l'on rencontrera en explorant le col utérin dans le sens d'une insertion vicieuse auront encore une grande valeur ; car, en procédant par exclusion, on arrivera à découvrir le siège de l'hémorragie, à diagnostiquer, par exemple, un déollement prématuré. Les circonstances qui accompagnent

l'insertion vicieuse ont déjà par elles-mêmes une grande valeur. La perte qui se produit dans ces conditions n'arrive jamais avant le sixième mois. Elle est légère d'abord, se produit le plus souvent au milieu de la nuit, et va en augmentant d'intensité au fur et à mesure qu'elle se reproduit. Elle se montre en l'absence de toute douleur et on ne peut lui attribuer une circonstance occasionnelle quelconque. Le toucher fournit des données généralement très-précises. Si le placenta est inséré sur le col, les doigts rencontreront la face utérine placentaire; on percevra très bien les cotylédons. Si le délivre est inséré marginalement, on touchera sur un des côtés du col utérin une masse d'une consistance plus grande que celle des caillots sanguins; on ne pourra détacher qu'avec peine partie ou totalité de cette masse; le col sera libre dans toute la partie qui ne correspond pas à l'insertion. Si le délivre, enfin, ne vient pas par ses bords toucher le col, on pourra encore, en promenant le doigt recourbé autour du col, arriver à reconnaître l'anomalie. Des caillots sanguins volumineux et résistants pourraient parfois donner le change ; mais, en prêtant une attention soutenue, on verra que cette masse sanguine est plus friable, moins résistante, plus mobile, que la masse placentaire. On arrivera sur le délivre après avoir détaché une partie de ces caillots. Des tumeurs de nature diverse pourraient encore induire en erreur. Mais les commémoratifs mettront sur la bonne voie du diagnostic.

Tout ce que nous venons de dire s'applique au cas où le col est dilaté et permet l'introduction du doigt. Sur quels signes se baser si le col est fermé ? Les symptômes que nous avons précédemment donnés auront une grande valeur ; mais il est un point particulier, qui sera ici d'un précieux secours : l'hémorragie par insertion vicieuse redouble d'intensité au moment des douleurs utérines, tandis que la perte due à un décollement prématuré du placenta sur un point de l'utérus en dehors

de la zone dangereuse, se produit de préférence dans l'intervalle des douleurs. L'explication en est facile : quand l'utérus se contracte, il oblitère les vaisseaux, dans le cas de décollement prématuré, soit par son propre tissu, soit par la partie fœtale, qui se présente en ce point. Au contraire, quand il s'agit de placenta prœvia, les contractions déchirent davantage les attaches placentaires en dilatant le col et augmentent ainsi l'hémorragie. On pourra donc, à la fin de la grossesse, reconnaître la nature et le siège de l'hémorragie. Quant à la rupture des vaisseaux ombilicaux, c'est là un fait tellement rare qu'on pourrait ne pas y songer. Toutefois, si pareil accident se produisait, on arriverait peut-être à la vérité en procédant par exclusion.

Les hémorragies de la grossesse, quelles que soient leur intensité et leur nature, sont, toutes choses égales d'ailleurs, plus graves chez les femmes faibles, anémiques, que chez les femmes pléthoriques. Leur gravité est proportionnée à leur intensité. Peu redoutables pour la mère dans la première période de la gestation, elles deviennent beaucoup plus à craindre à mesure que la grossesse se rapproche de son terme. Il convient toutefois de faire une restriction : dans les dernières semaines de la gestation, alors que le col est devenu apte à se dilater rapidement, l'hémorragie est bien moins dangereuse pour la mère que vers le septième ou le huitième mois. L'enfant, au contraire, a beaucoup plus à redouter les hémorragies du début que les autres. Il est exceptionnel, en effet, de voir le fœtus accomplir son développement après l'apparition d'une perte au début de la grossesse. Plus tard les pertes lui sont beaucoup moins funestes, et, vers le septième mois, il est permis d'espérer de l'avoir vivant par un accouchement prématuré.

TRAITEMENT

Hémorragies des premiers mois

Les moyens que nous avons en notre possession sont d'abord ceux qui s'appliquent à toute hémorragie et puis des moyens spéciaux. Quand l'hémorragie est légère, au début de la grossesse, on peut espérer s'en rendre maître en faisant prendre à la femme une position horizontale, en lui élevant légèrement le bassin. On la laisse ainsi dans le repos le plus absolu, dans le calme le plus complet. On lui administre en même temps des boissons froides, acidulées (sirop de limon, de groseilles, etc). Afin d'éviter les efforts, on vide le rectum par un lavement et on pratique le cathétérisme, s'il y a lieu. Si la femme est vive, impressionnable, si surtout la perte est due à une de ces causes morales dont nous avons parlé, on a raison de l'hémorragie par ces moyens. Mais il est, en obstétrique, un grand précepte, qu'il faut toujours avoir présent à l'esprit, c'est que le temps est précieux, trop précieux, pour qu'on insiste sur ces moyens thérapeutiques généraux, d'une efficacité douteuse dès que l'hémorragie acquiert une certaine intensité. Si on a recours à eux, ce ne sera que concurremment avec d'autres moyens beaucoup plus énergiques.

Quand la perte, dans le cours de la grossesse, a quelque importance, quand elle est due à un état de pléthore générale, on se trouvera très-bien de la saignée du bras (200 à 250 grammes) ; on prescrit en même temps un régime doux et des lavements frais, additionnés de X à XX gouttes de laudanum. Si la femme est faible, anémique, on proscrit absolument la saignée. On insiste sur les lavements frais et laudanisés. On

applique des révulsifs sur les extrémités et le tronc et on place sur le ventre et le haut des cuisses des compresses froides. Quand, malgré ces moyens, la perte continue et que l'avortement paraît imminent, il ne faut pas insister. On a alors recours au seigle ergoté et au tamponnement vaginal.

Le seigle ergoté, s'il n'a pas l'action (comme on l'a démontré) de produire des contractions utérines, de décoller l'œuf, d'amener la dilatation du col et d'arrêter consécutivement l'hémorragie en permettant à l'utérus de revenir sur lui-même, après l'expulsion du fœtus, agit tout au moins sur les capillaires dont il diminue le calibre et sur le cœur dont il modère les battements. Considéré à ce point de vue, le seigle devient un puissant hémostatique.

Le *tamponnement du vagin,* sur lequel nous reviendrons, est un moyen des plus précieux. On l'emploie seul ou associé au seigle. Quand on l'associe à ce dernier, les effets produits sont remarquables. Le seigle remplit son rôle d'agent hémostatique, entretient les contractions utérines, et, sous l'influence du tampon, le col s'entr'ouvre peu à peu. A la faveur de ce traitement, l'œuf est expulsé en entier. Mais il faut bien se garder d'enlever trop tôt le tampon : on ne retirerait dans ce cas aucun avantage de son application.

Quand, dans les premiers mois de la grossesse, l'avortement se fait en deux temps, si, le placenta restant, la perte continue, la conduite à tenir est la même que tantôt. Mais, disons-le, c'est ici plus que jamais le cas de ne pas administrer le seigle seul. Celui-ci pourrait emprisonner le délivre, au lieu de le chasser. On commettrait donc une grave faute.

Au bout de 20 à 30 heures, on retire le tampon. Si la perte a cessé, on n'a plus à s'occuper pour le moment du délivre ; si au contraire la perte continue, on fait de nouveau le tamponnement. Après plusieurs applications de tampon, quand la perte

continue, il ne reste plus pour opérer la délivrance que d'avoir recours à une curette (celle de Pajot par exemple), pour aller chercher le placenta adhérent encore sur quelques points. Mais il est une recommandation qu'il ne faut jamais oublier : ne pas s'acharner à vouloir retirer quand même quelques débris restés, car on risquerait fort, par une pareille manœuvre, de produire de redoutables accidents. Il s'agit avant tout que la perte soit arrêtée. Les fragments sortiront peu à peu avec les lochies. Mais, dans ces conditions, on agira prudemment, en faisant prendre à la femme des injections vaginales et même intra-utérines. La sonde à double courant de Stoltz rendra de réels services. On se servira pour ces injections d'une solution de sublimé à 1 pour 1000. Et, si malgré tout l'hémorragie persistait, on aurait en fin de compte recours à la compression de l'aorte abdominale.

TRAITEMENT DES HÉMORRAGIES DANS LES DERNIERS MOIS DE LA GROSSESSE

L'art nous offre à ce moment beaucoup plus de ressources que tantôt. C'est surtout au traitement du décollement prématuré du placenta et du placenta prœvia que nous allons nous attacher.

Accouchement forcé. — Avec les auteurs anciens, Levret pratiquait l'accouchement forcé. Le col, arrivé au 7e ou 8e mois de la grossesse, n'est pas dilaté ; mais il est dilatable, et l'on utilisait cette particularité pour arriver jusqu'au fœtus. Voici de quelle manière on procédait. Un doigt était d'abord introduit dans le col, puis deux, puis la main tout entière. On per-

forait les membranes et on saisissait les pieds du fœtus pour pratiquer la version. Quand l'insertion du placenta était centrale, c'est au travers du délivre qu'on allait chercher les pieds de l'enfant.

Mais quels tiraillements, quels désordres ne produisait-on pas pour arriver à introduire la main ! Quelles chances de salut restait-il à la femme après ces manœuvres violentes ? Aussi de bonne heure a-t-on modifié la méthode. Au lieu de pratiquer la dilatation du col avec la main, on a préféré faire au col des incisions multiples et d'une étendue connue. On évitait ainsi partie des désordres que l'on aurait commis sans cette précaution ; mais pouvait-on avoir la certitude que les incisions ne dépasseraient pas les limites primitivement assignées ? Il est résulté de toutes ces considérations que l'accouchement forcé est tombé de bonne heure dans le plus grand discrédit.

Puzos est un de ceux qui se sont le plus élevés contre cette manœuvre. A la place de celle-ci, il conseille la *dilatation graduelle suivie de la perforation des membranes*. Peu à peu, et en laissant un intervalle après chaque manœuvre, il arrive à dilater le col. Bientôt l'utérus est le siège de contractions, et la poche des eaux vient faire saillie dans le col. On se hâte alors de la perforer. « La matrice ainsi resserrée presse l'enfant, du fond vers son orifice ; elle y excite de plus fortes douleurs ; les efforts volontaires et involontaires s'y joignent. Les efforts et les douleurs mis à profit par la malade, secondés par l'action des doigts portés circulairement dans l'orifice pour l'écarter, réussissent pour l'ordinaire et font avancer l'enfant. Le sang se trouve retenu dans les vaisseaux par la compression générale et par le resserrement de la partie. » L'accouchement, dans ces conditions, se fait avec assez de chances de salut pour la mère et l'enfant. Suivant le cas qui se présente et suivant les préférences de l'accoucheur, on attaque le placenta par son centre, quand l'insertion a lieu sur le col lui-

même, ou bien on le détache sur un de ses bords et on perfore ensuite par cette voie les membranes. On se sert ou des doigts ou d'un long trocart.

Cette méthode a été et est encore suivie par bon nombre d'accoucheurs.

Le *seigle ergoté* et le *tamponnement* trouvent encore ici comme précédemment leur application. Mais on doit être prudent dans l'administration du seigle. Si on le donne au début de la grossesse, alors que l'enfant est sûrement sacrifié, il ne peut en être de même maintenant. On ne peut sacrifier ainsi un être qui pourrait peut-être être sauvé par un autre moyen. On n'administrera donc le seigle que quand la vie de la mère sera directement et immédiatement en jeu. L'hésitation n'existe plus dans ce cas. Ajoutons, et le fait va de soi, que le seigle est absolument contre-indiqué toutes les fois qu'il existe un obstacle quelconque à l'accomplissement de l'accouchement naturel.

Leroux (de Dijon), dans son livre sur les pertes de sang, considérant les cas dans lesquels l'accouchement forcé et la méthode de Puzos sont impraticables, a le premier proposé le tamponnement vaginal. « Les différentes manœuvres de l'accouchement forcé ne peuvent-elles pas déchirer l'orifice utérin, le contondre et le disposer à l'inflammation ? Pendant qu'on les pratique, la perte ne peut-elle pas augmenter au point de faire craindre pour les jours de la malade, avant ou immédiatement après l'opération ?... Par le moyen du tampon on empêchera le sang de s'écouler au dehors, on facilitera la formation d'un caillot continu, depuis l'orifice jusqu'au lieu où le délivre est décollé ; on ménagera ainsi les forces de la malade. » Si le danger est pressant, le tampon est nettement indiqué. Il s'agit d'opposer au cours du sang un obstacle réel et de tarir ainsi la source de la perte. Le tamponnement, quand on est pris à l'improviste, se fait avec ce que l'on a sous la main. Leroux raconte que plusieurs fois il l'a pratiqué avec de l'étoupe

trempée dans du vinaigre. Le vieux linge, les rideaux de mousseline, la gaze, remplissent également l'indication. Si l'on a le temps de se recueillir, on pratique le tamponnement comme l'a indiqué le professeur Pajot. On fait prendre à la femme la position obstétricale, on introduit un spéculum et l'on place méthodiquement, dans les culs-de-sac vaginaux, 15 à 20 bourdonnets de charpie, imbibés de cérat et réunis en queue de cerf-volant. Quand on a rempli avec ces bourdonnets partie du conduit vaginal, on continue à introduire d'autres bourdonnets isolés et on poursuit ainsi l'opération jusqu'à ce que le vagin tout entier soit exactement et fortement obstrué. On applique après à la vulve une quantité plus ou moins considérable de charpie et on termine l'opération par l'application d'un bandage en T.

A l'étranger, les Allemands procèdent d'une autre manière. Ils introduisent dans la cavité du spéculum un mouchoir dont ils poussent le centre jusqu'à l'orifice utérin. Ils enfoncent alors des tampons de charpie contre le centre de ce linge et continuent à bourrer toujours, en retirant graduellement le spéculum, jusqu'à ce que le vagin soit rempli.

Malgré les précautions prises, le vagin n'est jamais bien obstrué ; et si ce genre de tamponnement est plus facile à retirer, cet avantage ne compense pas ses inconvénients. Le tampon doit toujours rester sec ; si on le trouve mouillé, il faut le recommencer.

Au tampon classique de Pajot, on a substitué des appareils plus ou moins ingénieux : la vessie à air de Gariel et l'appareil à eau de Braun.

L'usage du tampon n'a pas manqué de faire naître bien des reproches. On a dit qu'il transformait l'hémorragie externe en une hémorragie interne, qu'il déterminait prématurément le travail, qu'il occasionnait à la femme des douleurs très vives. Ces accusations sont-elles fondées ? Quand le liquide amniotique ne s'est pas encore écoulé et que le fœtus remplit la

matrice, alors même que le placenta serait partiellement décollé, il reste trop peu de place au sang pour qu'on ait à redouter cette hémorragie interne. Si, par contre, les membranes sont rompues, on préviendra la perte en comprimant fortement le ventre de la femme, quitte, si cette compression reste inefficace, à enlever aussitôt le tampon pour terminer l'accouchement le plus rapidement possible. C'est qu'alors, en effet, le col est toujours plus ou moins dilaté et les contractions utérines plus ou moins soutenues. Le tampon a pu rester en place trente-six heures et plus sans déterminer des contractions ; il ne précipite donc pas l'accouchement. Et d'ailleurs si l'accouchement par cette manœuvre devait être prématurément provoqué, cette considération ne retiendrait pas, dans des circonstances aussi graves, l'opérateur consciencieux. Quand le placenta prœvia amène des hémorragies, l'enfant est viable. On diminuera bien un peu ses chances de vie, si on le fait naître à sept ou huit mois ; mais le sort de la mère surtout doit entrer en ligne de compte. Pour ce qui est des douleurs que le tampon occasionne, nous dirons que rien n'est moins démontré. La femme ne sera pas incommodée, si on a le soin de vider le rectum et la vessie avant de faire le tamponnement.

Quand, après vingt-quatre ou trente heures, on retire le tampon, que reste-t-il à faire ? Si l'hémorragie est exactement arrêtée, l'expectation suffit. Si au contraire la perte continue et que le col ne soit pas assez dilaté pour permettre le prompt accouchement, on applique un nouveau tampon, qui doit rester en place un peu moins de temps que le premier, et on attend que la dilatation se produise. On donne un peu de seigle quand les contractions utérines sont lentes à se manifester. Le second tampon enlevé, il est rare qu'on ne puisse pas arriver aux membranes pour les perforer. Suivant le cas, on

abandonne alors l'accouchement à la nature ou bien on intervient par le forceps ou la version.

Il est certain que si, après l'enlèvement du tampon, on se trouvait toujours en présence d'une bonne position du fœtus, d'un utérus qui se contracte avec énergie, d'une perte sanguine très peu abondante, on n'aurait dans tous les cas qu'à laisser faire la nature. Mais le placenta prœvia existe souvent avec une présentation défectueuse ; souvent aussi la femme est épuisée par la perte et l'utérus sans énergie : il faut donc intervenir par le forceps ou la version.

Quand le placenta est inséré sur le col centre pour centre, que faut-il faire? Les uns veulent qu'on l'attaque résolûment par la partie qui se présente, pour aller ensuite perforer les membranes et introduire enfin par la voie que l'on vient de se faire, soit la main pour pratiquer la version, soit le forceps lui-même. Les autres préfèrent que l'on décolle le placenta sur un de ses bords et qu'on aborde les membranes par cette route. Ce procédé, en laissant subsister quelques-unes des attaches placentaires, prend davantage les intérêts de l'enfant et doit donc être préféré.

Avec un placenta inséré marginalement, les difficultés sont bien moindres. On arrive aux membranes en suivant la voie restée libre et on continue pour le reste comme il vient d'être dit.

Simpson, qui ne sait pas retirer d'avantages de l'application du tampon parce qu'il le laisse trop peu de temps en place, propose un autre mode d'intervention. Il conseille de décoller complètement le délivre, persuadé que le sang provient du placenta et très peu des vaisseaux maternels, et qu'à mesure que le placenta rompt ses attaches, l'afflux sanguin maternel diminue et la perte cesse de plus en plus. Cette pratique est défectueuse, parce qu'elle repose sur un point faux, à savoir que le sang provient du placenta et non des vaisseaux

de la mère. Il n'est pas facile du reste de la mettre à exécution quand le col est à peine entr'ouvert.

Des différents traitements que nous venons de passer en revue, le tamponnement est sans contredit celui qui doit être préféré. Il suffit à arrêter la perte et surtout permet à la femme, épuisée par une hémorragie abondante, de reprendre un peu haleine ; il facilite enfin l'intervention ultérieure.

Nous terminerons ce chapitre en disant quelques mots du traitement de certaines hémorragies liées à la présence de tumeurs diverses. Les plus fréquentes des tumeurs que l'on rencontre au sein des organes génitaux, tant internes qu'externes, sont des polypes, des fibrômes, des squirrhes, des kystes, des productions cancéreuses.

On ne peut de prime-abord tracer une ligne de conduite de laquelle on ne variera jamais, quand ces tumeurs, dans le cours de la grossesse, amènent des pertes. Dans les premiers mois de la gestation, il pourra se faire que l'avortement suive l'hémorragie qu'auront occasionnée ces néoplasmes. Le traitement sera alors celui que nous avons précédemment indiqué. Quand, malgré la présence de ces tumeurs, la grossesse a pu suivre son cours et atteindre ses derniers mois, si une hémorragie se produit et qu'on en reconnaisse la cause, on tentera l'extirpation ou la ponction de la tumeur. On prescrira une médication tonique et astringente. Si les pertes continuent, si surtout l'affaiblissement de la femme se montre d'une façon rapide, on aura recours aux procédés habituellement employés pour l'accouchement prématuré provoqué. On recourrait, en fin de compte, à l'opération césarienne. Evidemment, dans des conditions pareilles, la mort surviendra plus d'une fois chez les opérées ; mais l'intervention chirurgicale est amplement justifiée par la gravité du mal intercurrent.

CHAPITRE II

HÉMORRAGIES DE L'ACCOUCHEMENT

Causes. — Nous ne passerons pas en revue, au sujet de l'accouchement, toutes les causes que nous avons précédemment énumérées quand il s'agissait des hémorragies de la grossesse. Il est entendu que toutes les causes d'ordre moral dont nous avons parlé ont, au terme de la grossesse, la même influence que pendant les neuf mois de la gestation. La frayeur, la présence d'une personne antipathique, troubleront l'accouchement, comme elles troublent la grossesse. Il en est de même de certaines autres causes telles que le décollement prématuré du placenta, l'insertion vicieuse du délivre, les contractions spasmodiques de l'utérus, la pléthore tant générale que localisée à la matrice, etc. Les indications et le traitement seront, au moment de l'accouchement, ce qu'ils étaient avant.

Nous nous attacherons en conséquence, dans ce chapitre, à la description d'hémorragies particulières liées à des causes nouvelles, résultant elles-mêmes du travail de la parturition.

Ruptures de l'utérus.—Les déchirures de la matrice, que l'on voit quelquefois survenir pendant la grossesse, sont beaucoup plus nombreuses au moment de l'accouchement. Elles constituent

un des accidents les plus graves qu'il soit donné à un accoucheur d'observer. Suivant leur nature, on les dit *spontanées* ou traumatiques. On semblait admettre jadis que les déchirures *spontanées* étaient excessivement rares : il n'en est rien pourtant. Jolly, cité par Charpentier, sur 573 cas de déchirures utérines, trouve 376 fois des ruptures spontanées. Qu'elle soit spontanée ou traumatique, la déchirure peut occuper toutes les couches de l'utérus, y compris le péritoine, ou bien seulement une ou plusieurs d'entre elles. On a alors, suivant le cas, les variétés *pénétrantes* ou *complètes*, ou bien *non pénétrantes* ou *incomplètes*. Pas n'est besoin de montrer la différence énorme de ces diverses lésions au point de vue de leurs conséquences. Le siège est variable, et si le plus généralement la déchirure se produit au niveau de la paroi postérieure, et au point qui correspond au promontoire, elle peut aussi occuper une autre région. Les parties latérales de l'utérus sont, après celles que nous venons de signaler, les plus exposées par ordre de fréquence. La paroi antérieure est celle qui l'est le moins. La direction des solutions de continuité n'est pas toujours la même. Tantôt transversale, tantôt verticale, tantôt oblique, elle peut, en un mot, varier dans chaque cas particulier. L'étendue est variable aussi ; c'est ainsi que, très légère parfois, elle est incapable de laisser échapper une partie quelconque du fœtus, et permet d'autres fois l'issue complète de celui-ci et son passage dans la cavité abdominale. Les déchirures qui se produisent sur le col utérin, quand la dilatation se fait et que l'engagement de la partie fœtale se produit, ne doivent pas être confondues avec les autres. Elles ne constituent, en effet, qu'un accident d'une très légère importance dans le plus grand nombre des cas, accident qui ne demande aucune intervention particulière. Ce n'est qu'exceptionnellement que ces déchirures du col peuvent

s'étendre au reste de l'organe, envahir les parois du corps de la matrice et devenir redoutables.

Si nous cherchons maintenant à nous rendre compte des causes de ces déchirures, nous trouvons qu'elles sont très-variables. Les unes sont accidentelles et résultent d'une violence extérieure : coups, blessures, chutes, etc. Elles peuvent résulter aussi d'opérations imprudentes ou brutales. Le forceps, le céphalotribe, la main de l'accoucheur, le crochet, le perforateur, les esquilles osseuses, ont été successivement incriminés. Les autres, de beaucoup les plus nombreuses, sont prédisposantes. Un fait digne de remarque, c'est que la multiparité est une cause prédisposante puissante et admise sans conteste par tous les observateurs. L'âge agit dans le même sens.

Par le fait des grossesses successives et de l'âge, les parois utérines deviennent plus minces; elles subissent même une certaine dégénérescence graisseuse. Le travail devient parfois plus long, les mauvaises présentations sont plus fréquentes.

Le sexe ne paraît pas être indifférent. Les enfants mâles sont en effet plus gros que les autres.

La métrite chronique, les néoplasmes (polypes, cancers, dégénérescences), amènent à leur suite un amincissement considérable des parois utérines et prédisposent puissamment à la rupture.

Les rétrécissements du bassin, les manifestations rachitiques, les cicatrices de la matrice, la résistance exagérée du col, ont aussi été accusés. Pareillement, les fœtus hydrocéphales peuvent déchirer les parois utérines. Nœgelé cite le cas observé par Arneth dans lequel la rupture a paru se produire uniquement parce que le fond de l'utérus avait un volume considérable et disproportionné, eu égard à celui du col, qui était très minime. Les utérus mal conformés (Ollivier d'Angers) ont aussi été cause de rupture. Le seigle ergoté, en dernier lieu,

administré d'une façon intempestive, dans des cas par exemple de mauvaises présentations, a pu produire un résultat analogue.

C'est presque toujours après la rupture des membranes que les désordres se produisent; mais, dans quelques observations, ceux-ci sont arrivés avant. Nous dirons tout à l'heure sur quels signes se base le diagnostic et quel est le traitement à opposer à de pareils désordres.

Déchirures du vagin. — Comme celles de l'utérus, elles peuvent être spontanées ou reconnaître une origine externe. Mais le vagin, moins exposé que l'utérus à subir les conséquences des coups, des chutes, ne se déchire guère d'une façon traumatique que par suite d'interventions malheureuses, par l'introduction, dans la cavité, de la main de l'accoucheur, etc. Les ruptures spontanées sont, sous le rapport de l'étiologie, en tout comparables à celles de l'utérus. Comme ces dernières, elles peuvent affecter des directions variables, être transversales, obliques, longitudinales. Disons cependant que la direction le plus généralement observée est la direction transversale. Parfois les déchirures vaginales ne sont que la prolongation des déchirures utérines. Les diverses tuniques constituant la paroi vaginale peuvent être intéressées en totalité ou en partie seulement. Quand la solution de continuité ne porte que sur la couche muqueuse, il se produira bien, à la vérité, une hémorragie ; mais, si l'on ne pratique pas un examen sérieux, il sera difficile de reconnaître la cause de celle-ci. Quand, au contraire, la couche muqueuse, la couche musculeuse et la tunique fibreuse externe auront été rompues, l'hémorragie, outre qu'elle sera beaucoup plus redoutable que tantôt, sera plus facilement reconnue. Le fond du vagin, la partie qui est en contact avec le col utérin, est celle qui est le plus souvent déchirée. La partie moyenne et celle qui se rapproche de la vulve n'éclatent que quand il existe un rétrécissement marqué de ces parties,

une rigidité particulière. Le sang qui résulte de ces diverses hémorragies, tantôt s'écoule au dehors, tantôt fuse entre les divers plans constitués par les organes avoisinants, s'infiltre ou se collecte sous forme d'une tumeur d'un volume variable (thrombus, épanchement dans le péritoine). On voit de suite, dans ce dernier cas, la gravité que va présenter l'hémorragie.

Le fœtus en accomplissant sa descente peut, lui aussi, passer en totalité ou en partie à travers la déchirure. Boër, en 1834, et Bell, en 1863, signalent chacun un cas de déchirure qui permit le passage en totalité du fœtus dans le ventre.

Déchirures du périnée. — Elles ont peu d'importance au point de vue des hémorragies. En effet, l'écoulement sanguin qui en résulte est en général de peu d'intensité, et il est facile de s'en rendre maître. Cependant nous ne laisserons pas ces déchirures sans dire quelques mots sur leur mode de production, et sur les moyens de les éviter.

Le périnée, avec son triple plan aponévrotique, présente une résistance assez grande ; mais il subit pendant l'accouchement une distension et un amincissement si considérables, que parfois il se laisse rompre. Les déchirures qui se produisent alors présentent une étendue variable. Parfois la fourchette et la commissure postérieure de la vulve sont à peine rompues, auquel cas l'on se trouve en présence d'un accident parfaitement négligeable ; parfois, au contraire, le périnée jusqu'au sphincter de l'anus est divisé. La déchirure suit le plus généralement la ligne formée par le raphé médian. Il peut arriver aussi que le sphincter lui-même soit brisé. Les auteurs signalent des cas de déchirures centrales. Dans ces circonstances, la fourchette et le pourtour de l'anus sont intacts ; c'est la partie médiane du périnée qui a cédé. L'accouchement a pu se faire par cette fente accidentelle.

Les causes de ces déchirures sont multiples. On a tour à

tour accusé la rapidité trop grande de l'expulsion, la résistance, l'étroitesse et la rigidité de la vulve, l'accouchement dans la station verticale, le trop grand volume de la tête fœtale, les efforts faits par la femme au moment où la tête est à la vulve, la trop minime courbure du sacrum, l'application intempestive de la main, etc., etc. Mais, nous le répétons, l'étude de tous ces désordres est plus importante au point de vue des conséquences des déchirures elles-mêmes qu'au point de vue de l'hémorragie.

Brièveté du cordon. — Elle peut, au moment de l'accouchement, donner naissance à une hémorragie. Voici ce qui se passe : L'expulsion du fœtus paraît se faire normalement ; la femme a des douleurs suivies ; l'occiput ou la partie qui se présente arrive à la vulve. Malgré les contractions utérines franchement expulsives, la sortie de l'enfant n'a pas lieu ; tout-à-coup une hémorragie se présente. C'est que le cordon ombilical, naturellement trop court ou accidentellement raccourci par le fait de son enroulement autour du cou de l'enfant, a tiré sur les attaches placentaires au fur et à mesure que la descente se produisait et est parvenu à les décoller. La rupture des vaisseaux utéro-placentaires accompagne inévitablement ce décollement du délivre, et la perte se produit. C'est là, en somme, un accident d'une certaine gravité et auquel il faut rapidement remédier si l'on ne veut pas avoir un enfant mort et faire courir à la femme les périls les plus grands. Pareil accident peut se produire dans d'autres circonstances que nous allons examiner.

Quand la poche des eaux présente une résistance insolite, quand surtout, après s'être engagée d'une façon profonde, avec présentation du siège par exemple, elle résiste sans se rompre aux douleurs utérines, le placenta, directement tiré en bas par les membranes, peut lui céder plus facilement et se décoller.

Une perte alors survient, et là encore l'intervention du praticien s'impose. Les auteurs signalent des cas où l'expulsion du délivre se fit avant la sortie de l'enfant ; dans ce cas une perte utérine se produit inévitablement. La cause de cette métrorragie se trouve dans le fait même du prolapsus placentaire.

Accouchement précipité. — Quand le bassin de la femme présente une ampleur excessive, des accidents sérieux (des hémorragies entre autres) peuvent résulter du fait de ces dimensions exagérées. Il se produit alors, si les contractions utérines sont énergiques, des déchirures au niveau du col, parce que celui-ci n'a pas le temps d'accomplir sa complète dilatation, au niveau du vagin et du périnée pour des raisons identiques. Le placenta se décolle et, comme la matrice n'a pas pu revenir immédiatement sur elle-même, une perte d'une certaine gravité arrive d'une façon inopinée.

Dans la grossesse gémellaire, après la sortie du premier fœtus, l'utérus est parfois le siège de pertes, et voici comment : s'il ne se rétracte pas suffisamment vite, la partie qui vient d'être débarrassée de son contenu est prise d'inertie, les vaisseaux restent béants et laissent écouler au dehors le sang. Si, au contraire, l'utérus se contracte trop, si surtout il se contracte dans sa totalité, le délivre qui reste peut être décollé, et, dans ce cas encore, une hémorragie a lieu. On le voit, les causes qui au moment de l'accouchement concourent à produire un décollement placentaire et à la suite de celui-ci une perte sanguine sont nombreuses ; que le cordon soit trop court, que l'accouchement soit trop rapide, la poche des eaux trop résistante, que dans une grossesse gémellaire la sortie du second fœtus se fasse trop attendre, et souvent l'on aura à redouter une perte.

DIAGNOSTIC, PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le diagnostic des ruptures utérines est très difficile à faire quand celles-ci sont incomplètes. Il n'en est pas de même quand toutes les couches de l'utérus, y compris le péritoine, ont été rompues, quand surtout la déchirure est considérable. La femme éprouve tout-à-coup une douleur terrible, en rien comparable aux précédentes; elle a elle-même conscience de quelque chose qui se rompt, elle perçoit un bruit sourd (que perçoivent aussi les assistants ?) Les contractions utérines cessent si le fœtus est passé dans le ventre, et sont remplacées par une douleur poignante et continue. Au palper, on reconnaît que le volume de l'utérus n'est plus le même ; on sent le fœtus immédiatement au-dessous des parois abdominales; le col, s'il était déjà entr'ouvert, s'est refermé, la partie fœtale qui se présentait n'est plus à sa place. Les bruits de cœur du fœtus ne sont plus perceptibles. Si l'on peut porter le doigt dans la cavité utérine on s'aperçoit que celle-ci est vide, ou si elle ne l'est pas on reconnaît la présence d'anses intestinales, etc.

La face de la parturiente s'altère rapidement, le pouls est petit, misérable, les extrémités se refroidissent, le corps tout entier est baigné par une sueur froide, des lipothymies, des syncopes se manifestent.

Les vomissements ne sont pas rares. L'hémorragie, tantôt se fait au dehors, tantôt au dedans. Dans les deux cas elle est également grave.

En présence d'une situation aussi alarmante, quelle conduite doit-on tenir ? L'indication est formelle : il faut délivrer la femme. Si l'extraction du fœtus peut se faire par les voies naturelles, c'est par là qu'on tentera sa sortie. C'est ce que l'on

fait quand il n'est pas passé en totalité dans le ventre. Après avoir introduit la main, on fait faire la culbute au fœtus et on pratique la version. Mais il est un précepte dont il ne faut pas se départir : c'est que, quand le fœtus a abandonné en partie la matrice et que celle-ci, au niveau de sa rupture, s'est contractée énergiquement sur lui, on ne doit pas insister sur les tractions. On risquerait, par ces manœuvres, d'augmenter la solution de continuité utérine, on aggraverait les désordres existant déjà. On peut employer aussi le forceps ou le céphalotribe quand la tête se présente et qu'elle est facilement accessible.

Quand l'extraction ne peut plus se faire par les voies naturelles, soit pour cause de rétrécissement du bassin, de rétraction des parois et de la plaie utérine, et que le fœtus est en totalité dans le ventre, il ne reste plus, en dernière ressource, que la gastrotomie. Le fœtus, le délivre, le liquide amniotique et les caillots sanguins sont amenés au dehors par la voie nouvelle que l'on vient de faire. Si l'on éprouvait trop de peine à retirer le délivre, on l'abandonnerait, quitte à tenter son extraction plus tard par les voies naturelles. Toutes les fois que les forces de la malade le permettront, on tentera les manœuvres dont nous venons de parler aussitôt après l'accident reconnu: rien ne sert de temporiser dans des cas aussi graves. L'hémorragie, souvent, s'arrêtera d'elle-même après la délivrance de la femme. Si elle continuait, on emploierait les moyens ordinaires dont nous parlerons plus loin pour combattre l'inertie utérine consécutive. On aurait recours aux frictions du ventre, à l'agacement de l'utérus, à l'administration du seigle, à l'application sur les bords de la plaie d'une petite éponge imbibée d'eau froide, etc. Mais il faudrait proscrire le tamponnement vaginal et les injections de quelque nature qu'elles soient, parce que dans le premier cas le sang et dans le second le liquide injecté, passant par la rupture, iraient se répandre dans la cavité péritonéale et aggraveraient ainsi la situation, déjà si fort compromise.

Bien plus facile que le précédent est le diagnostic des ruptures vaginales. Là l'exploration avec la main étant toujours possible, on arrivera sûrement par ce moyen à reconnaître l'existence, l'étendue, le siège de la lésion. Une fois la lésion reconnue, la conduite à tenir consiste à favoriser au plus tôt l'extraction du fœtus. On aura seulement soin de procéder avec beaucoup de prudence, pour ne pas augmenter les lésions. On veillera surtout à ne pas léser les anses intestinales qui auraient pu s'engager dans la déchirure. On agira avec les plus grands ménagements si l'on se trouve dans la nécessité d'appliquer le forceps. Si l'extraction par les voies naturelles devenait impossible, comme précédemment on s'adresserait à la gastrotomie. Mais on arrive rarement à cette dernière extrémité ; si l'hémorragie persiste, on aura recours à l'application locale de fragments de glace. On emploiera une éponge trempée dans une solution d'alun (Leroux). Mais, de même que quand il s'agissait de ruptures utérines, on bannira le tamponnement d'une façon absolue et les injections de liquides hémostatiques quels qu'ils soient. Il va sans dire que si des anses intestinales étaient engagées dans la plaie, la première indication consisterait à les réduire.

Nous ne dirons que quelques mots des hémorragies résultant de déchirures du périnée. Il sera ici facile d'attaquer la perte à l'endroit même où elle se produit ; on n'aura plus, comme tantôt, à craindre le passage des liquides dans la cavité abdominale ; il restera en définitive beaucoup plus de latitude à l'accoucheur, qui n'aura qu'à choisir parmi les nombreux moyens d'hémostase que la science met en son pouvoir.

Le diagnostic du décollement prématuré du placenta ne présente le plus ordinairement aucune difficulté. Nous avons précédemment dit comment on arrive à reconnaître l'existence du placenta prœvia. Si donc l'on se trouve en présence d'une femme chez laquelle les contractions utérines ont commencé,

et chez laquelle aussi, bien qu'il y ait une perte de sang, on ne reconnaît pas l'existence du placenta vicieusement implanté sur le col ou aux environs du col, on en conclut qu'on a affaire à un décollement prématuré du délivre. Il ne sera pas toujours facile de trouver la cause de ce décollement ; mais peu importe, puisque le traitement dans tous les cas reste le même.

L'indication est toujours d'arrêter la perte sanguine. Si la poche des eaux n'est pas encore rompue et si la dilatation du col est encore trop faible pour permettre la version ou l'application du forceps, on se hâte de pratiquer la perforation des membranes. C'est là la méthode de Puzos, que nous avons étudiée dans le précédent chapitre. Sous l'influence de cette perforation seule, les eaux s'écoulent, l'utérus se contracte plus énergiquement, la dilatation du col s'achève, la partie qui se présente, quand surtout c'est le vertex, s'applique exactement sur l'orifice utérin et généralement l'hémorragie s'arrête. Elle diminue tout au moins d'intensité. Quand la présentation est mauvaise, on peut tenter de faire la version céphalique par manœuvres externes.

Quand, malgré la perforation des membranes, le travail traîne en longueur et l'hémorragie continue, on administre 1 à 2 grammes de seigle ergoté, et on se hâte de pratiquer le tamponnement. Au bout d'un certain temps, alors qu'on juge la dilatation convenable, on fait placer la femme en position obstétricale, on enlève le tampon, et on fait promptement la version podalique. C'est à la version que l'on recourrait d'emblée si l'on était appelé auprès d'une femme présentant une perte, mais chez laquelle la dilatation serait complète. La version est dans ce cas préférable aux forceps, parce qu'elle demande beaucoup moins de temps. La méthode de Puzos se trouvant plus d'une fois en défaut, c'est, en fin de compte, au tamponnement qu'il faudra avoir recours toutes les fois qu'on aura un peu de temps devant soi, et qu'il n'y aura pas péril immédiat. Le tam-

ponnement sera fait avec beaucoup de soins, comme le conseille Pajot. On le laissera en place, jusqu'à ce que, d'après l'intensité des douleurs, on juge la dilatation achevée. On terminera après l'accouchement comme nous l'avons indiqué.

CHAPITRE III

HÉMORRAGIES DE LA DÉLIVRANCE

Si les pertes de sang surviennent parfois pendant la grossesse et pendant l'accouchement, celles-ci se montrent d'une façon bien plus fréquente pendant la délivrance. De toutes les hémorragies que l'on est appelé à soigner à ce moment-là, celles qui résultent de l'inertie utérine sont les plus communes.

La femme paraissait bien aller, l'accouchement s'était effectué d'une façon normale, la délivrance avait eu lieu sans peine; puis, tout d'un coup, avec une rapidité extraordinaire, apparaît une perte d'une abondance extrême. Que vient-il de se passer? Après tout accouchement, il sort par la vulve une certaine quantité de sang ; mais ce fait est tout physiologique.

Au moment où le délivre rompt ses attaches placentaires, les vaisseaux utérins restent béants et laissent écouler le sang. Si cette hémorragie ne présente aucun danger, si elle n'inspire aucune crainte, c'est que l'on compte sur la prompte rétraction de l'utérus sur lui-même pour tarir la perte. Et, de fait, les choses se passent généralement ainsi. Mais il peut précisément arriver que cette rétraction n'ait pas lieu, et alors l'hémorragie continue en redoublant d'intensité. On se trouve en présence d'une inertie utérine secondaire.

Si nous venons à examiner les causes de cette inertie, nous les trouvons multiples. Les unes sont seulement prédisposantes, les autres sont déterminantes. Dans la première catégorie, nous trouvons le tempérament pléthorique. L'embonpoint exagéré agit dans le même sens. Le tempérament lymphatique est aussi une puissante cause prédisposante. Il existe des femmes qui semblent et qui sont en réalité prédisposées à l'hémorragie uniquement parce que, si l'on peut dire, la diathèse hémorragique est dans leur famille. La mère a eu des hémorragies après les accouchements ; la fille en aura aussi. Le fait a été observé tant de fois, qu'il est difficile de le mettre en doute.

Les causes déterminantes sont plus nombreuses encore que les premières ; mais, hâtons-nous de le dire, pour qu'elles puissent agir, il faut qu'il existe une des causes prédisposantes dont nous avons parlé.

La grossesse gémellaire et plus encore la trigémellaire, en distendant l'utérus outre mesure, lui enlève parfois la faculté de sa rétraction après l'expulsion du fœtus.

L'hydramnios agit dans le même sens. Quand le travail a été long, que l'utérus a été assujetti à des contractions pendant un temps dépassant la moyenne normale, il peut arriver qu'il se soit ainsi épuisé à terminer l'accouchement.

L'expulsion de l'enfant a lieu, et il ne lui reste plus aucune énergie pour se contracter. Dans ces conditions, l'hémorragie se produit abondante et terrible. Si le périnée a offert une trop grande résistance, comme le fait se produit chez certaines primipares, l'accouchement a traîné en longueur et comme précédemment la femme est exposée aux pertes.

Par contre, si l'expulsion s'est faite d'une façon trop rapide (et la chose se voit chez certaines femmes à bassin ample) la matrice n'a pas le temps de revenir sur elle-même ; elle est, si l'on veut, surprise à l'improviste et laisse béante la lumière de ses vaisseaux. Il peut arriver aussi qu'il survienne une perte,

quand on s'est acharné à tirer sur le cordon pour produire la délivrance. Le placenta était adhérent, et les tractions intempestives que l'on a faites ont rompu les vaisseaux utéro-placentaires. Dans toutes les conditions que nous venons de passer en revue, la cause est différente ; mais l'effet produit reste toujours le même : la matrice ne se contracte pas et le sang coule.

DIAGNOSTIC

La perte peut être interne ou externe. Si elle est externe, rien n'est plus facile que de constater son existence. La femme, d'ailleurs, est la première à vous avertir de la chose. Si la perte est interne, la femme ne met évidemment pas sur la voie, et c'est à l'accoucheur à la rechercher. Il convient donc d'indiquer dans quelles circonstances la sortie du sang ne se fera pas à la vulve et comment on pourra arriver au diagnostic.

Quand il existe une obliquité extrême de l'utérus, quand le placenta est encore dans son sein, quand les caillots sanguins plus ou moins volumineux se sont formés dans la cavité utérine, quand enfin il existe au niveau du col des contractions spasmodiques, le sang épanché peut ne pas se faire jour au dehors. Mais alors, dans ces conditions, on observera chez la femme tous les symptômes qui accompagnent les hémorragies abondantes. La pâleur du visage sera extrême ; les extrémités se refroidiront ; le pouls sera petit, fréquent, misérable ; les syncopes ne seront pas rares. Si l'on vient à examiner le ventre de l'accouchée, on ne sentira pas l'utérus sous la forme d'une tumeur arrondie, dure, ne dépassant qu'exceptionnellement

l'ombilic. On trouvera, au contraire, qu'il reste volumineux, presque autant qu'avant l'accouchement, qu'il est mou, dépressible et que les pressions exercées avec la main donnent naissance à la sortie de caillots sanguins par la vulve. On le voit, en groupant tous ces faits, il sera facile d'arriver à la vérité. Il y a cependant quelques circonstances dans lesquelles un examen qui ne serait pas approfondi pourrait donner le change. C'est ainsi qu'il arrive parfois qu'après l'accouchement l'intestin, qui jusque-là avait été comprimé par l'utérus gravide, prend tout-à-coup un développement considérable. Le ventre augmente alors de volume. Mais la percussion fera toujours reconnaître la nature gazeuse de ce développement. Pareillement, la vessie, distendue par une grande quantité de liquide, peut induire en erreur. Le cathétérisme lèvera tous les doutes. On ne se méprendra pas enfin sur la nature d'une syncope particulière indiquée par M^me^ Lachapelle, et dont voici le mécanisme : les vaisseaux hypogastriques sont, pendant les derniers temps de la grossesse, comprimés par l'utérus ; le sang se porte en plus grande abondance du côté de la tête et des extrémités supérieures. Qu'un accouchement vienne à se produire d'une façon très rapide, ces vaisseaux hypogastriques vont subitement se trouver distendus. Le cerveau recevra moins de liquide sanguin et une syncope pourra être la conséquence de cet état de choses.

D'une façon générale, le pronostic des hémorragies liées à l'inertie utérine est grave ; il est même d'autant plus grave que l'hémorragie est elle-même plus subite et se produit au moment où souvent on n'avait plus qu'à se féliciter de l'heureuse terminaison de la grossesse. Il faut que le praticien ait toujours présente à l'esprit la possibilité de la perte, quand il délivre une femme ; il faut surtout qu'il agisse avec le plus grand sang-froid et la rapidité la plus grande possible, quand se présente l'accident qu'il redoutait. Il a entre ses mains le

salut de la femme s'il intervient promptement ; il aura à se reprocher la mort de sa cliente s'il tergiverse.

TRAITEMENT

L'importance de l'hémorragie qui nous occupe explique le nombre et la variété des moyens qu'on a employés pour la combattre. Les uns sont *préventifs* et les autres s'adressent à l'accident déclaré.

Examinons d'abord les premiers.

Quand, dans les derniers temps de la grossesse, on remarque chez la femme un état pléthorique général ou même localisé seulement à l'utérus, il sera très utile, pour se mettre à l'abri des accidents hémorragiques qui pourraient compliquer la délivrance, de lui pratiquer à plusieurs reprises une saignée au bras de deux cents à deux cent cinquante grammes. C'est là une sage précaution, dont on n'aura qu'à se louer dans la suite. Si, par contre, la femme est profondément anémique, on fera bien de la soumettre à un régime reconstituant. On lui ordonnera la viande rôtie, les préparations martiales ; on combattra par tous les moyens possibles, thérapeutiques et hygiéniques, son mauvais état général. Si l'on assiste une femme dont le travail est manifestement trop long, on aura recours aux excitants. Le café et l'alcool rendront des services. On agacera l'utérus à travers les parois abdominales ; on titillera le col ; on mettra tout en aide pour renforcer la contraction utérine trop peu énergique. Dans les conditions opposées, quand le travail expulseur paraîtra trop prompt, on le retardera. En soutenant le périnée, on empêchera la sortie du fœtus ; on

donnera du tilleul à la femme ; on lui défendra de pousser quand les contractions utérines surviennent.

Quand, pour une cause ou pour une autre, on a à redouter l'inertie, il sera bon de mettre de suite l'enfant au sein de la mère. Il existe en effet une sympathie très étroite entre l'utérus et la mamelle ; la succion de celle-ci pourra indirectement amener des contractions de celui-là. Le fait d'ailleurs s'observe journellement. Les premières succions de l'enfant déterminent souvent des tranchées utérines.

MOYENS CURATIFS

Nous l'avons dit, les moyens curatifs sont très nombreux. Nous les passerons rapidement en revue et n'insisterons que sur un certain nombre d'entre eux, employés depuis peu de temps, notamment le tamponnement de l'utérus. Si, après l'accouchement, l'utérus reste flasque et n'est le siège d'aucune contraction, mais si en même temps le placenta est exactement adhérent, il faut bien se garder de pratiquer des tractions violentes sur le cordon. On amènerait sûrement par ces manœuvres une perte qu'il s'agit à tout prix d'éviter. Il convient, au contraire, de tout mettre en jeu pour réveiller la contractilité utérine avant de tenter la délivrance. Comme dans le cas de lenteur dans le travail, on aura recours au café, aux potions alcooliques, à l'agacement direct de l'utérus. Ce n'est que quand on sentira la matrice rétractée que l'on tentera la délivrance. Sitôt celle-ci opérée, on donnera 2 gr. de seigle ergoté en 3 ou 4 doses et à 5 minutes d'intervalle l'une de l'autre.

Placenta partiellement décollé. — Si l'on est en présence d'une hémorragie due à un décollement partiel du placenta, il faudra tout d'abord achever de décoller le placenta. Voici comment il convient de procéder. Pendant que d'une main, appliquée sur le ventre de la femme, on soutient le fond de l'utérus, avec l'autre, directement portée dans la cavité utérine, on saisit le placenta, et par des tractions modérées, on achève de le séparer de la matrice. Généralement on vient à bout de vaincre les adhérences. S'il restait quelques débris placentaires, il ne faudrait pas trop s'acharner après eux ; car on risquerait fort de déchirer le tissu utérin et d'amener de graves désordres. Certains auteurs recommandent, quand les adhérences sont trop solides, de pétrir pour ainsi dire avec la main les fragments du délivre, de les écraser ainsi contre la paroi utérine exactement soutenue et d'entraîner ensuite au dehors les débris au moyen d'une injection pratiquée avec la sonde à double courant. Sans doute, par ces manœuvres on risquera d'augmenter momentanément l'hémorragie ; mais, ces manœuvres elles-mêmes ayant pour effet d'agacer l'utérus, celui-ci finira par réagir, par se contracter énergiquement et tarir de la sorte la perte.

La *contraction spasmodique* du col peut exister seule et indépendamment de la contraction du reste de l'organe. Le délivre, dans ces conditions, est retenu dans l'utérus ; ce dernier, ne pouvant revenir sur lui-même, permet l'épanchement du sang dans sa cavité. Dès que l'hémorragie, dès que le spasme qui l'a provoquée sont reconnus, on se hâte d'administrer à la femme un lavement fortement laudanisé, XVIII à XX gouttes. On introduit au niveau du col de la pommade belladonée. Sous l'influence de cette médication, généralement le spasme cesse. Dans le cas contraire, on tenterait la dilatation forcée au moyen des doigts ou d'un dilatateur ; en dernière ressource

on aurait recours aux débridements multiples du col. Dès qu'on le peut, on délivre la femme, et, si l'hémorragie continue on agit comme nous allons maintenant le dire.

Jusqu'à présent nous n'avons examiné que les cas où la présence du délivre dans l'utérus compliquait l'hémorragie. Mais le placenta peut très bien être sorti et la perte avoir lieu quand même. Voyons les moyens qu'on lui oppose :

Vinaigre. — Le docteur Grigg (*British journal,* 1884), dans un cas d'hémorragie grave consécutive à la délivrance, n'ayant pas d'ergot de seigle à sa disposition et ne pouvant arriver à se rendre maître de l'écoulement sanguin, prescrivit de donner à la malade un grand verre plein de brandy (!) La patiente avala le liquide, l'utérus se contracta immédiatement et l'hémorragie cessa. Au lieu de brandy, c'était par erreur du vinaigre qu'on avait fait prendre à l'accouchée.

Ce docteur a essayé plusieurs fois ce moyen ; il l'a conseillé à différentes sages-femmes et il prétend avoir eu des succès. Aussi lui accorde-t-il une grande confiance et le regarde-t-il presque comme un spécifique des hémorragies *post partum.*

Teinture d'iode. — Le docteur Forest a donné, en 1881, la relation de trois cas d'hémorragie après délivrance, dans lesquels le sang a été arrêté promptement par des injections intra-utérines de teinture d'iode. Dans deux de ces cas, tous les moyens répressifs employés ordinairement dans ces circonstances avaient été infructueusement appliqués.

L'iode agit non pas en coagulant le sang, comme le font les persels de fer, mais en excitant les contractions de la matrice. On évite de cette façon l'accumulation des caillots qui, en séjournant dans la matrice, se décomposent et préparent la septicémie puerpérale. D'après l'auteur, ces injections de tein-

ture même concentrée n'ont jamais amené de fâcheuse complication et ont toujours arrêté l'hémorragie. Il débute par une injection froide, moitié eau, moitié teinture.

Applications froides. — De tout temps ces applications ont été en honneur. C'est qu'en effet le froid produit une sédation de tout le système circulatoire et agit localement comme astringent sur les fibres musculaires. On trempe des compresses dans de l'eau très froide, que l'on applique ensuite sur le haut des cuisses ou sur l'abdomen. On a même conseillé de laisser couler sur le ventre de la femme de l'eau froide goutte à goutte; mais c'est là une pratique défectueuse. Il est bien rare, en effet, que l'eau soit exactement ramassée ; elle inonde toujours plus ou moins la femme et peut par conséquent l'exposer à des accidents dans la suite. Quoi qu'il en soit, ces applications ne doivent pas être continuées longtemps si elles ne produisent pas le résultat attendu. Il arriverait ceci dans la suite qu'elles ne feraient qu'augmenter l'état syncopal de la femme et aggraver la situation.

Introduction de la main dans l'utérus. — Cette pratique, dont nous avons déjà dit un mot, est recommandable à tous les points de vue. C'est un mode d'intervention excellent. La main préalablement huilée est introduite en cône dans l'utérus. On débarrasse cet organe des caillots qu'il peut contenir et, pendant que l'autre main ou celle d'un aide soutient au travers des parois abdominales le fond de la matrice, on agace soi-même la surface interne de l'organe. Il ne faut pas se hâter de retirer la main, mais bien la laisser en place jusqu'à ce qu'on sente franchement les contractions. L'utérus ainsi directement agacé réagit en se contractant, et souvent la perte est tarie. Ce moyen sera toujours présent à l'esprit : il est effi-

cace et présente cet immense avantage qu'on peut l'employer dans toutes les circonstances, puisqu'il ne réclame d'autre instrument que la main de l'accoucheur.

Le Docteur Klotz (d'Inspruck) a proposé contre l'hémorragie qui suit la délivrance, dans le cas de placenta prœvia, hémorragie due à une atonie du tissu utérin au niveau de l'insertion placentaire, une manœuvre qu'il a conseillée aux accoucheurs dans le numéro 55 de *Wiener med. Wochenschrift*, 1882. Il introduit la main droite dans la cavité vaginale ; avec la main gauche il déprime fortement le fond de l'utérus, de telle sorte que l'organe gestateur comprimé en sens contraire par les deux mains se met en antéflexion. Le pouce de la main droite, introduit dans les parties génitales, vient occuper l'angle formé par le col et le corps de l'organe et exercer une pression sur les tissus en ce point. Grâce à cette manœuvre, tout le segment inférieur de la matrice se trouve comprimé, d'une part par la position antéfléchie donnée à l'organe, d'autre part par l'action des deux mains et particulièrement celle du pouce de la main droite.

L'auteur prétend avoir appliqué son procédé dans deux cas : la compression a duré une demi-heure dans l'un, trois quarts d'heure dans l'autre ; l'hémorragie a été parfaitement arrêtée alors que d'autres moyens avaient déjà échoué.

Injections utérines diverses. — On a souvent recours aujourd'hui à ce mode d'intervention et l'on s'arrête peu aux accidents qui pourraient résulter de la pénétration du liquide dans l'abdomen par l'intermédiaire des trompes. D'ailleurs l'usage actuellement répandu des sondes à double courant est venu diminuer encore le nombre des accidents, si tant est que ceux-ci aient jamais existé. Ces injections peuvent être styptiques, astringentes et même caustiques.

Le docteur Ricketts injecte dans l'utérus de 30 à 60 gram-

mes d'eau-de-vie, et s'il n'a point de seringue sous la main, il introduit une éponge imbibée d'eau-de-vie ou d'esprit de vin dilué. A l'aide de ce procédé, l'auteur a pu se rendre maître de l'hémorragie et il a senti le pouls se relever, sans avoir à craindre les inconvénients qui résultent de l'introduction des stimulants dans le tube digestif. On sait, en effet, que ces derniers, en augmentant l'action du cœur, rappellent parfois l'hémorragie.

Barnes, en Angleterre, est allé plus loin encore. Il emploie le muriate de fer (7 grammes 50 pour 225 grammes d'eau) et aussi le perchlorure de fer, quand l'hémorragie résiste aux moyens ordinaires. « Le perchlorure de fer, dit-il, coagule directement le sang dans les bouches des vaisseaux; il agit comme un astringent puissant sur la surface interne de l'utérus ; il provoque souvent une contraction de la tunique musculaire..... Il vient à notre secours dans les cas les plus graves où les autres moyens échouent et sauve des femmes dont la position sans lui serait désespérée ».

Nous devons dire que jusqu'à présent on a accueilli avec assez peu d'enthousiasme, en France, l'usage de ces liquides. Leur emploi, quoi qu'en pense l'auteur anglais, n'est pas exempt de dangers, et il est prudent de n'avoir recours à eux que dans les cas les plus graves.

Chloroforme. — Le docteur Betz (*the London medical Record,* juin 1886) reconnaît au chloroforme appliqué topiquement une vertu hémostatique précieuse dont les accoucheurs peuvent faire usage contre certaines hémorragies *post partum,* de préférence à l'éponge vinaigrée, et, en tous cas, concurremment avec les autres moyens utilisés en pareille occurence.

Dans deux cas d'hémorragies utérines, l'auteur s'en est servi avec le plus grand succès. Dans un premier cas, chez une femme robuste qu'il venait d'accoucher avec le forceps et qui,

une fois délivrée du placenta, fut prise d'une hémorragie par inertie véritablement effrayante. L'auteur la combattit en introduisant dans le vagin une éponge imbibée de chloroforme. Le sang s'arrêta presque aussitôt, et la matrice se contracta puissamment du même coup.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme très-délicate, qui, après l'expulsion du fœtus et du placenta, fut également prise d'une hémorragie très-abondante, que les moyens employés contre elle ne purent arrêter, jusqu'à ce que l'auteur eût introduit dans le vagin un gros tampon d'ouate imbibée d'un mélange d'éther et de chloroforme.

D'après M. Betz, le chloroforme n'arrêterait pas le sang par la coagulation, comme le font les astringents, mais en provoquant la contraction des fibres musculaires de l'utérus et, par suite, le retrécissement et l'oblitération des sinus utérins béants dans la cavité. Ce moyen est facile à expérimenter.

Ergot de seigle, ergotine et ergotinine. — Le seigle, qui est employé comme moyen préventif, rend aussi dans ce cas de réels services. Mais il demande, pour faire sentir son action, pas mal de temps, et l'on commettrait une faute grave et l'on encourrait une lourde responsabilité si, au cours d'une perte abondante, on ne tentait pas autre chose. L'ergotine, celle de Bonjean ou celle de Yvon, agissent avec plus de rapidité que l'ergot.

Le docteur Grose injecte sous la peau la solution suivante :

Ergotine de Bonjean . . . . . 0 gr. 30
Glycérine pure et hydrolat de roses Q. S. pour dissoudre.

L'effet est beaucoup plus rapide que si l'ergotine était administrée par la bouche. Si une première injection est insuffisante, il en pratique une seconde au bout d'un quart d'heure.

L'ergotinine est un alcaloïde que Tanret a retiré à l'état cristallisé de l'ergot de seigle. Il a été employé avec succès dans le traitement des hémorragies internes *post partum* par le docteur Chabbazian, à la Maternité de Dublin *(Archives de Tocologie*, août 1883). L'auteur se sert de la solution suivante :

Ergotinine.	0 gr. 01
Acide lactique.	0 — 02
Eau de laurier-cerise	10 —

Par conséquent, un gramme de cette solution, c'est-à-dire à peu près le contenu d'une seringue de Pravaz, contient 0,001 de l'alcaloïde. La dose ordinaire à injecter est de 5 gouttes, quantité bien suffisante pour produire sur l'utérus des effets rapides et certains. Quinze gouttes doivent être considérées comme une dose maxima. En injectant vingt gouttes, le docteur Budin a provoqué chez les parturientes des vomissements et des accidents plus ou moins toxiques.

L'ergotinine a une action immédiate et amène la suppression rapide de l'hémorragie. Elle arrêtera certainement l'écoulement sanguin dans tous les cas, excepté ceux où l'ouverture d'une artère sera la cause des accidents, comme dans les déchirures du cordon, du col, du périnée.

L'ergotinine a sur l'ergotine de grands avantages : 1° elle exerce sur la matrice une action plus prompte, plus sûre, plus constante ; 2° elle n'occasionne aucune espèce d'accidents locaux, tels que : induration, abcès ou gangrène; 3° elle n'exige qu'une très petite dose pour fournir un bon résultat.

Au point de vue clinique, les hémorragies *post partum* peuvent être divisées en deux catégories : celles qui sont très graves (rares heureusement) et celles qui sont d'abondance moyenne. Les premières demandent une intervention locale

énergique et prompte, tandis que, dans les secondes, les injections hypodermiques d'ergotine suffisent amplement et constituent une méthode absolument sûre. C'est donc au tact de l'accoucheur de distinguer auquel des deux médicaments il devra s'adresser, le cas échéant.

Les injections hypodermiques d'ergotinine ont aussi donné à la Maternité de Paris, dans le service de M. Tarnier, d'excellents résultats, qui concordent avec ceux de M. Chabbazian. Aussi l'ergotine, depuis la connaissance de ces faits, est-elle abandonnée de la plupart des praticiens.

L'*opium*, à haute dose, d'après les auteurs anglais, aurait suffi à tarir des hémorragies graves. Malheureusement ce médicament a été administré concurremment avec d'autres, et on ne saisit pas bien dès lors la part d'action qui lui revient. En France, il n'est pas employé dans ce but.

Eau chaude. — L'ergotinine semble à son tour détrônée par les injections vaginales et même utérines d'eau chaude, dont on fait un usage fréquent à la Maternité de Paris.

A l'aide d'un injecteur ordinaire, on porte dans la cavité vaginale et souvent jusque dans l'utérus une solution de sublimé, 2 pour 1,000, à la température de 50° environ. L'accouchée accuse une sensation de brûlure ; et sous l'influence de cet agent calorique l'utérus se contracte énergiquement. Cette méthode si simple par elle-même a donné de magnifiques résultats.

Déjà ce moyen avait été employé avec succès en Angleterre. Le 10 juillet 1881, le docteur Darbey-Weston (*British medical journal*, 1883) était appelé auprès d'une primipare dont l'accouchement ne se terminait pas. Il appliqua le forceps. A peine l'enfant fut-il sorti qu'il se déclara une hémorragie très grave qui nécessita la délivrance artificielle. Cette opération n'arrêta pas le flux sanguin et les jours de la malade furent en danger.

Darbey-Weston eut alors l'idée de faire une injection d'eau chaude, aussi chaude que la main pouvait la supporter. A partir de ce moment l'utérus se contracta et le sang cessa de couler. — La malade guérit.

A la connaissance de ce fait, le docteur Farquhar prétendit avoir, dans un cas analogue, fait avaler à la parturiente, presque en état de syncope, un mélange d'eau, de lait et de farine d'avoine à une température capable de brûler légèrement la bouche. A peine le liquide était-il parvenu dans l'estomac que l'utérus devint rigide et les contractions cardiaques énergiques. La malade guérit.

Ces deux observations démontrent que la chaleur peut agir non seulement sur l'utérus, mais encore sur le cœur et probablement sur les organes munis de fibres lisses. Cette action s'exerce non-seulement quand le véhicule de la chaleur, l'eau par exemple, est porté directement au contact de l'organe, comme par les injections utérines, mais aussi quand il est appliqué à une certaine distance, dans l'estomac ; l'eau agit alors soit par voie réflexe, soit en pénétrant dans le torrent circulatoire et en arrivant par ce chemin à l'organe parésié.

La méthode des irrigations chaudes contre les hémorragies puerpérales, consiste à faire passer un courant d'eau chaude à 40° pendant cinq ou dix minutes. L'eau à 38° seulement reste sans effet. La canule de l'irrigateur est conduite sur les deux doigts de l'accoucheur jusqu'au delà de l'orifice du col, afin de ne pas causer de douleurs à la malade. L'écoulement de l'eau doit être continu et se faire sans obstacle ; aussi pourra-t-on se servir avantageusement d'un double tube.

Pour arriver par ce moyen à arrêter une hémorragie, deux choses sont absolument nécessaires :

1° L'utérus doit être placé dans les meilleures conditions possibles de contractilité, et pour cela il faut qu'il soit débarrassé de tous les débris qu'il peut contenir ;

2° Il faut être certain que l'eau à 40° arrive directement aux parois utérines.

L'action rapide de l'eau à 40° a été expliquée de plusieurs manières. Les uns admettent une exagération de la contractilité utérine, comme après une excitation directe, ou l'administration de l'ergot; d'autres, avec Richter, croient à une prompte tuméfaction inflammatoire du tissu muqueux et sous-muqueux. Ceux-ci défendent leur opinion avec les raisons suivantes : la contraction et la forme de l'utérus en contraction énergique est celle d'une boule solide et dure ; tandis qu'à la suite d'une irrigation d'eau à 40° la consistance est celle d'une pelote élastique. L'utérus reste plus volumineux et remonte plus haut.

En outre, les hémorragies arrêtées par l'eau chaude reviennent peu à peu, si on maintient en permanence une vessie de glace sur l'abdomen ; c'est le contraire qui devrait arriver dans la première hypothèse.

Lorsqu'on abuse de l'irrigation à 40°, on détermine une relaxation de plus en plus évidente de l'organe tout entier, pendant que se montrent les signes d'une endométrite au début.

Enfin, Conheim et Lassard ont démontré expérimentalement qu'il suffit de plonger cinq à six minutes une extrémité dans de l'eau à 40 ou 45° pour y déterminer des tuméfactions inflammatoires importantes. L'explication de Richter semble donc la bonne.

Carl Regnault (de Stuttgard) a aussi souvent employé l'eau chaude dans le double but hémostatique et antiseptique. Il est d'avis que l'eau chaude seule ne suffit pas, qu'il faut lui associer l'ergot. Il partage la manière de voir de Richter quant à l'action thermique de l'eau.

Mais chaque médaille a son revers. Deux cas publiés par Schwarz sont venus ternir la gloire de l'eau chaude. Le docteur prussien rapporte les deux faits suivants :

Une femme de 30 ans, primipare, est atteinte d'hémorragie

après la délivrance ; une première injection d'eau chaude à 50° environ arrête l'écoulement. Mais ce dernier ne tarde pas à reparaître, causé nettement par l'inertie utérine. L'eau chaude reste cette fois sans action, et l'application locale de glace, combinée avec la compression de l'utérus, est seule capable d'arrêter la perte.

Une accouchée de 26 ans, quadripare, présente de même une hémorragie après la délivrance. L'eau chaude réussit d'abord, puis l'écoulement ne tarde pas à se reproduire. L'eau chaude reste impuissante et, en l'absence de glace, on emploie de l'eau aussi fraîche que possible. Cette dernière, injectée dans l'utérus, fait cesser l'inertie et arrête l'écoulement.

Schwarz adresse aux injections chaudes deux reproches principaux : quand l'eau n'est pas au degré voulu, loin de provoquer la contraction utérine, elle amène le relâchement de l'organe. Et si la température est trop élevée, les irrigations sont capables de produire une paralysie immédiate de l'utérus. Il cite à l'appui de son dire le cas d'une parturiente dont la matrice, à la suite d'une injection trop chaude, devint plus flasque qu'auparavant ; il fut impossible de réveiller sa contraction. La femme succomba d'hémorragie.

D'après l'auteur, l'eau froide a sur l'eau chaude le grand avantage d'avoir une action beaucoup plus prolongée, témoin les douleurs que les femmes éprouvent quelquefois pendant les jours consécutifs et qu'on observe après l'emploi de l'eau chaude. En outre, elle ne provoque aucune douleur par son contact avec les organes génitaux, comme le fait l'eau à 40°

Græfe, de Berlin, a observé un fait analogue aux deux cas de Schwarz. Une femme de 31 ans, secondipare, est, 15 minutes après la délivrance, prise d'une hémorragie abondante que l'eau chaude ne peut arrêter et dont une injection d'eau glacée vient seule à bout.

Tel est, jusqu'à présent, le passif des irrigations chaudes.

Par comparaison, disons qu'on a publié des observations où, après l'insuccès de l'eau froide, l'eau chaude a réussi à arrêter l'écoulement sanguin.

Nous ne saurions dire à qui restera la victoire. Sans vouloir préjuger de l'avenir, nous pouvons dire que l'eau chaude, pas plus que l'eau froide, ne sont des moyens infaillibles pour arrêter les hémorragies utérines. Les deux moyens sont bons, et dans certains cas rebelles, leur emploi successif et alternatif peut rendre des services qu'on n'obtient pas de leur emploi séparé. Cela peut s'expliquer jusqu'à un certain point : l'eau chaude fait diminuer la lumière des vaisseaux par le gonflement périvasculaire ; l'eau froide, venant de suite après, fait contracter énergiquement le muscle utérin. L'hémorragie doit s'arrêter.

Jusqu'à plus ample informé, vu les nombreux succès obtenus par les accoucheurs de divers pays, vu les résultats obtenus par M. Tarnier à la Maternité de Paris, où depuis longtemps on emploie l'eau chaude, et sans que jamais elle ait échoué, nous pensons que l'avenir appartient aux irrigations chaudes.

Compression du ventre. — Elle a souvent été faite et a donné parfois d'excellents résultats. On applique sur le ventre une serviette pliée en plusieurs doubles et au moyen d'un bandage de corps exactement serré on comprime l'utérus. Les parois de la matrice se trouvent ainsi en contact immédiat ; les vaisseaux, qui étaient béants, sont obstrués et l'hémorragie s'arrête. La compression, si elle est supportée par la femme sans trop de douleur, doit être continuée quelque temps, sans quoi on s'exposerait à voir l'hémorragie reprendre de plus belle. Chassagny emploie un tamponnement particulier qu'il obtient au moyen d'un appareil de son invention. Cet appareil se compose d'un double ballon en caoutchouc : une partie étroite sépare l'un de l'autre ces ballons que l'on peut insuffler isolément.

Le vagin est rempli par l'un d'eux, tandis que l'autre occupe l'utérus. La partie étroite correspond au col de la matrice.

L'auteur lui-même a plus tard modifié son appareil en substituant aux ballons en caoutchouc des vessies de cochon et en injectant de l'eau au lieu de l'air dont il se servait primitivement. Malgré ces perfectionnements, cet appareil présente toujours un inconvénient majeur : il transforme l'hémorragie externe en une hémorragie interne. Le sang pourra être à la rigueur momentanément arrêté ; mais, dès qu'on retirera l'appareil, la perte reparaîtra. On se prive en outre d'un moyen excellent: nous voulons parler de l'évacuation des caillots qui occupent l'utérus et de l'excitation de cet organe que l'on produit sûrement en introduisant la main. L'utérus ne peut pas revenir sur lui-même, et sa rétraction est précisément le but vers lequel doivent tendre tous les efforts que l'on fait. Le danger est seulement conjuré pour un laps de temps.

Compression de l'aorte. — C'est le 8 septembre 1829 que Baudeloque neveu fit à l'Académie des sciences la proposition d'arrêter les pertes de sang qui peuvent survenir après l'accouchement *en comprimant l'aorte à travers les parois du ventre.* Cette idée, dit-il, lui est venue en 1827, en voyant mourir une femme d'hémorragie alors qu'il avait épuisé tous les moyens connus jusqu'à ce moment et en songeant que dans un cas analogue un chirurgien comprimerait l'artère principale du membre qu'il ampute. Dans cette lettre, Baudeloque déclare que la compression de l'aorte est praticable chez les femmes à grand embonpoint comme chez les maigres. Il ne croit pas faire contracter la matrice par ce moyen ; il la croit bonne, en suspendant le flux sanguin, à donner au praticien le temps d'employer les moyens hémostatiques et à ces moyens le temps d'agir.

Ulsamer (de Wurzbourg) avait, deux ans auparavant, proposé

la compression de l'aorte *dans les hémorragies utérines de cause traumatique avant et après l'accouchement.*

Cette importante communication de Baudeloque se terminait par les conclusions suivantes :

« La compression de l'aorte faite momentanément avec les doigts convient :

1° Dans toutes les pertes utérines, mais jamais autrement que comme premier moyen qu'il faut faire suivre, si la perte est foudroyante, de l'administration du seigle ergoté ;

2° Dans l'hémorragie utérine qui accompagne et précède l'expulsion de la môle ;

3° Dans le renversement de l'utérus qui, toujours, est accompagné d'une perte souvent foudroyante. On comprime l'aorte de l'une et l'autre main, puis on réduit l'utérus renversé ;

4° Dans la perte de sang qui suit la rupture de l'utérus ;

5° La compression longtemps prolongée de l'aorte convient toutes les fois que la femme en couches est épuisée par la perte de sang, dans la rupture des parois du vagin... etc. »

Comme la compression a besoin d'être continuée pendant longtemps et qu'elle est très pénible pour celui qui la fait, il est bon d'avoir des aides avec soi, sur lesquels on puisse compter. S'il arrivait qu'on ne pût parvenir à l'aorte au travers des parois du ventre, on aurait encore la ressource de l'atteindre par une autre voie. En introduisant la main dans l'utérus, on parviendrait à aplatir l'aorte entre la paroi postérieure de la matrice et la colonne lombaire ; on exercerait par là une compression plus immédiate et par conséquent plus sûre. En agissant ainsi, on remplirait du même coup une autre indication : on exciterait les parois utérines à se contracter. Quelque nombreux que soient les succès dus à la compression aortique, il ne s'est pas moins trouvé des gens incrédules à l'encontre de cette méthode. Jacquemier, entre autres, s'est fortement élevé

contre ce procédé et a démontré qu'anatomiquement cette compression était plus dangereuse qu'utile. L'hémorragie utérine est en effet artérielle et veineuse. La compression de l'aorte pourra à la rigueur, si elle est faite au-dessus du point d'émergence des artères se rendant à l'utérus, tarir la perte artérielle ; mais elle ne saurait faire cesser la perte veineuse. Bien plus en rétrécissant le cercle de la grande circulation, elle accroîtra la stase veineuse, ralentira la circulation en retour et augmentera la perte. D'ailleurs, la métrorrragie est en grande partie veineuse. Ce sont les veines, bien plus que les artères, qui fournissent le sang. Jacquemier ne voit pas, dès lors, l'avantage de cette compression. Heureusement qu'en pratique la compression ne se fait pas seulement sur l'aorte ; la veine cave inférieure est, elle aussi, comprimée. Il résulte alors de cette coïncidence qu'après le dégorgement des vaisseaux utérins, la perte, tant celle qui provient des vaisseaux artériels que celle qui provient des vaisseaux veineux, se trouve suspendue. Il n'y a plus qu'une chose à craindre, c'est que la compression ne porte au-dessus de l'embouchure des veines ovariques.

Les résultats obtenus, plus que les raisons données par Jacquemier ont convaincu la majorité des accoucheurs, et l'on continue aujourd'hui à pratiquer cette méthode. C'est que la compression de l'aorte, endehors de son utilité dans les cas que nous examinons, a encore l'avantage immense, quand la femme est affaiblie par la perte qu'elle vient de subir et qu'elle est à chaque instant sous le coup de syncopes, de faire refluer le sang vers les parties supérieures, vers le cerveau particulièrement et de prévenir ces syncopes tant à redouter.

Citons à ce sujet deux cas dans lesquels nous n'avons eu qu'à nous louer de nous être servi de cette méthode :

Dans le courant du mois d'août 1885, M. le docteur Chavernac me pria de l'accompagner auprès d'une parturiente, à quelques kilomètres d'Aix.

Nous arrivâmes près d'une femme d'une trentaine d'années, de bonne constitution. Elle avait été accouchée dans la journée par une matrone qui se donnait dans le quartier pour sage-femme. L'accouchement s'était effectué dans de bonnes conditions; mais le placenta tardait à sortir ; le sang s'écoulait avec abondance par la vulve. La pseudo-accoucheuse essaya la délivrance à sa manière ; elle tira tant et si bien sur le cordon qu'il se rompit juste à son point d'implantation. Naturellement bouleversée à la vue du cordon qui lui restait entre les mains et du sang qui coulait assez abondamment, elle se troubla et administra le seigle ergoté à doses répétées. L'utérus entra violemment en contraction et le placenta fut retenu prisonnier.

C'est alors que la famille vint quérir les secours plus intelligents du docteur Chavernac.

Nous trouvâmes une femme très pâle, la voix éteinte, le pouls petit, fréquent; une sueur profuse et froide inondait son corps et son visage. La parturiente répondait mal aux questions et semblait être dans un état voisin de la syncope. Le col était fortement contracté, la matrice dure, volumineuse et rigide.

Alors, sans perdre une minute, le docteur me fit comprimer l'aorte à travers les parois abdominales, en me recommandant de respecter le plus possible la veine cave. Il essaya de son côté d'introduire un doigt dans l'orifice du col. L'écoulement sembla dminuer au bout d'une minute. Le col ayant laissé pénétrer un doigt, au bout de cinq à six minutes se relâcha un peu, et l'introduction de deux autres doigts fut relativement facile. Le placenta fut trouvé décollé en majeure partie, mais adhérent dans le cinquième de sa surface. L'écoulement s'était arrêté : on administra des boissons chaudes, toniques et excitantes à la malade. Quand, fatigué, je voulais changer les doigts de la compression, le sang réapparaissait à la vulve et sur le bras du chirurgien qui m'exhortait à la patience. Peu à peu le placenta fut décollé et amené au dehors. Le sang ne coulait plus du tout. Cette opération avait duré plus de demi-heure ; le chirurgien avait la main engourdie par la compression du col, et la mienne, par la compression de l'aorte. Je ne lâchai pas l'aorte d'un seul coup; ce n'est que très-lentement et graduellement que j'ouvrais la lumière du vaisseau.

Quand j'abandonnai le promontoire et la paroi abdominale, la matrice était bien revenue sur elle-même et descendue derrière le pubis.

Nous procédâmes rapidement à la toilette, linge propre, bouillottes aux pieds, au cœur, boissons chaudes stimulantes, potion avec quelques centigrammes d'ergotine pour continuer la contraction et surtout repos absolu.

J'eus le plaisir de revoir un mois après l'accouchée en bon état de santé ; mais il paraît que la convalescence avait été pénible et laborieuse.

Cette observation démontre l'utilité de la compression de l'aorte et le bénéfice qu'un chirurgien attentif et sûr de lui-même peut en retirer, le cas échéant. Je me demande si la délivrance eût pu se faire sans ce moyen et si la femme ne fût pas morte d'hémorragie dans le cas où on aurait tenté d'expulser le délivre en dehors de ce procédé hémostatique.

Voilà comment un chirurgien agissant avec sang-froid, méthode et décision, peut sauver la vie de malades vouées à une mort certaine.

Célestine C..., enceinte de cinq mois environ, reçoit, à la suite d'une discussion animée avec son frère, des coups de pied qui l'atteignent à l'abdomen (18 juillet 1884). Une hémorragie très-légère se déclare ; elle ne dure que quelques heures, et tout rentre dans l'ordre sans l'intervention d'aucun homme de l'art. Mais ce traumatisme avait amené la mort du fœtus. Quatre mois après environ, le 27 novembre, Célestine C... entre à l'hôpital. Elle accuse des douleurs très-violentes au niveau de l'abdomen, douleurs en tout comparables à celles de l'accouchement. Le lendemain, ces douleurs cessent ; mais, vers le soir, elles apparaissent de nouveau avec plus d'intensité. Une hémorragie d'une abondance extrême se déclare et l'expulsion du fœtus a lieu. Disons en passant que le fœtus ne paraissait pas avoir plus de quatre mois et demi à cinq mois et qu'il avait séjourné par conséquent mort environ quatre mois dans l'utérus. L'hémorragie persiste, et en présence d'une situation aussi alarmante, nous pratiquons avec mon collègue la compression de l'aorte abdominale. Au bout d'une demi-heure environ, nous pûmes nous

rendre maîtres de la perte, et la malade se rétablit promptement. Il est certain que dans ce cas, étant donnée l'abondance de l'hémorragie nous aurions perdu un temps précieux à vouloir user d'un moyen moins énergique. Le tamponnement aurait demandé beaucoup trop de temps pour être fait et la femme serait probablement morte avant que nous ayons pu l'achever.

Il nous reste à parler d'un dernier moyen : le *tamponnement utérin*. Si ce mode d'intervention ne se fait que depuis peu de temps, il convient de dire qu'il n'en est pas moins connu depuis de longues années. Leroux, de Dijon, que nous avons déjà cité à plusieurs reprises, a employé en même temps que le tamponnement vaginal, le tamponnement utérin. Il n'est pas permis de conserver le moindre doute à ce sujet. Mais nos ancêtres, qui n'avaient pas, comme les modernes, les moyens antiseptiques actuellement en usage, qui redoutaient à juste titre les accidents pyohémiques si fréquents et si redoutables, ont laissé tomber dans l'oubli cette découverte de Leroux. Il en est tellement ainsi qu'aucun des auteurs qui ont suivi Leroux n'a mentionné le tamponnement utérin, tandis que partout le tamponnement vaginal était accueilli avec la plus grande faveur. Il n'était cependant pas possible de se méprendre sur la découverte de l'auteur français. Voici comment s'exprime cet excellent praticien dans son livre sur les pertes de sang : « .... Je touchai le ventre et je sentis que la matrice était molle et avait beaucoup plus d'ampleur que si elle eût encore contenu la tête de l'enfant ou le délivre. Je reconnus à ce signe la perte intérieure : je portai sur-le-champ la main dans la matrice, dont l'orifice était resserré, mais qui céda aisément, et j'en fis sortir une grande quantité de sang en partie fluide et en partie coagulé. La matrice se contracta sur-le-champ et la malade revint à elle. Après cette opération je tins ma main droite auprès de la vulve, d'où il ne sortit que très-peu de sang, et de la gauche je touchai le pouls de la malade. Je restai

quelques instants dans cette attitude ; mais, au bout de quelques minutes, je sentis que le pouls s'affaiblissait insensiblement ; il s'éclipsa tout-à-coup et la malade tomba dans une nouvelle syncope. J'introduisis derechef la main dans la matrice, qui était pleine de caillots comme la première fois, et dont l'orifice était resserré également ; je la vidai de tout le sang qu'elle contenait et cherchai s'il ne serait pas resté quelques portions du placenta. Je ne trouvai rien dans le fond de la matrice ; mais je sentis à sa partie latérale droite inférieure, à peut-être deux travers de doigt de l'orifice, un petit lambeau frangé que je pris pour une portion du placenta. Je le faisais dans l'intention d'en faire l'extraction ; mais la malade poussa un cri perçant qui me fit bientôt lâcher prise et qui me persuada que c'était une portion de la matrice qui s'était déchirée lorsque le disque inférieur du placenta s'était détaché..... Je me déterminai à faire usage du tampon qui avait si bien réussi dans d'autres circonstances. Pendant que je préparais ce qui m'était nécessaire, la malade tomba dans une troisième syncope où je crus qu'elle allait rester, et sa matrice se trouva encore pleine de caillots de sang, malgré une compresse épaisse trempée dans le vinaigre froid, que je venais d'appliquer sur le ventre et sur laquelle une personne adroite appuyait les deux mains. Je fis de nouveau l'extraction des caillots et alors je crus sentir que le sang sortait de la cavité qui était entre le lambeau de la matrice et la partie droite de cet organe qui lui répondait. Je plaçai un lambeau de linge imbibé de vinaigre pur sur ce lieu même, après avoir relevé le lambeau utérin. La perte cessa sur-le-champ et le corps de la matrice se contracta un peu sur ma main. Pour soutenir ce morceau de linge, j'en introduisis plusieurs autres dans le même lieu, toujours imbibés de vinaigre pur, et j'en remplis ensuite toute la cavité du vagin. Je soutins cet appareil par une serviette chaude, sèche, appliquée sur les parties extérieures de la génération.

La malade n'eut plus de syncopes ; mais, comme elle avait perdu prodigieusement, son pouls était petit et fréquent, son visage pâle, et elle ressentait une douleur de tête assez vive. Je lui touchais le ventre et sentis avec satisfaction que la matrice conservait le degré de resserrement que lui avait procuré le tampon... Le tampon introduit dans le vagin sortit le lendemain à trois heures du matin, pendant que la malade urinait. Celui qui était dans la matrice ne fut expulsé que le cinquième jour, chargé d'une matière semblable à du pus. Il ne s'opposa point à l'écoulement des lochies. La malade éprouva en suite de couches divers accidents qu'il serait trop long de rapporter ; enfin elle s'est parfaitement rétablie. »

On le voit, Leroux a pratiqué le tamponnement utérin, et il l'a fait avec succès. Ajoutons même ceci, que cet auteur ne considérait pas ce tamponnement comme un obstacle mécanique que l'on opposait au cours du sang : il trempait le linge dont il se servait dans du vinaigre, dans une solution styptique, astringente, et pensait que l'utérus, ainsi directement excité, réagirait en se contractant et fermerait ainsi la porte à l'hémorragie.

Au mois d'août 1887, Dolwssen a pratiqué à plusieurs reprises, à Berlin, le tamponnement utérin avec de la gaze iodoformée et n'a eu qu'à se louer des résultats obtenus. Il s'agissait de deux femmes accouchées à terme et qui avaient eu une hémorragie très forte de la délivrance due à l'inertie utérine. Dans les deux cas, le tamponnement fit merveille et les femmes furent sauvées.

Encouragés par ces succès, les accoucheurs français ont tenté à leur tour ce tamponnement. Auvard, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, cite une observation semblable. Voici comment cet auteur conseille de s'y prendre :

« Après avoir nettoyé antiseptiquement la vulve et le vagin,

dit-il, on saisit et on attire le col de l'utérus avec deux pinces de Museux, quand on ne peut arriver directement avec la main jusque dans la cavité de l'utérus. On débarrasse l'intérieur de l'utérus des caillots qu'il renferme. On prend ensuite une bande de gaze iodoformée à 15 pour 100, longue de 3 mètres, large de 15 centimètres environ, assez épaisse, et on l'introduit, soit avec le doigt, soit avec la main, dans l'intérieur de l'utérus. L'introduction doit être successive et faite en retirant et en faisant de nouveau pénétrer le doigt ou la main dans l'utérus. Quand la cavité utérine est comblée, on détache les pinces de Museux et on introduit le reste de la bande dans le vagin, jusqu'à ce qu'un simple bout vienne faire saillie à la vulve. On comprime l'abdomen à l'aide d'une bande de toile ou d'un bandage de corps. On laisse le tamponnement vingt-quatre heures en place et on l'enlève en exerçant simplement des tractions sur l'extrémité laissée à l'orifice vulvaire. »

INVERSION DE LA MATRICE

L'inversion de l'utérus est « un changement de forme et de situation par lequel le fond de la matrice descend plus ou moins profondément dans la direction du col et s'y engage même de telle façon que la face interne et concave de l'organe finit par devenir externe et convexe. » C'est là un accident qui accompagne parfois la délivrance et sur lequel nous devons nous arrêter, parce qu'il donne lieu à des hémorragies d'une abondance parfois extrême.

L'inversion utérine présente plusieurs degrés : dans le premier, le fond de la matrice est seulement déprimé en godet et forme une tumeur arrondie dans l'intérieur de l'organe. Ce

degré est assez difficile à reconnaître : il demande une exploration très attentive ; outre la douleur parfois très vive et la perte d'intensité variable, on trouve, en introduisant la main dans l'utérus, une tumeur arrondie très sensible à la pression. Si l'on déprime les parois abdominales, on n'arrive pas à sentir l'utérus ; parfois on constate la dépression en godet.

Dans le deuxième degré, le fond utérin arrive à dépasser le col et fait saillie dans le vagin : la présence de la tumeur vaginale, la perte sanguine, la douleur aiguë ressentie par la femme, l'absence complète de tumeur abdominale, quand on déprime les parois de l'abdomen, mettent vite sur la voie du diagnostic. Dans le troisième degré, l'utérus renversé en totalité est sorti de la vulve et forme au dehors une grosseur sur la nature de laquelle il n'est pas possible de conserver de doutes.

Les causes de l'inversion utérine sont multiples : dans le plus grand nombre des cas, le renversement se produit parce que l'utérus reste flasque et volumineux après l'expulsion fœtale ; il n'a aucune tendance à se contracter : ses parois sont atoniques. Si, dans ces conditions, on fait des tractions violentes sur le cordon ; pour peu que le placenta conserve encore quelques points d'adhérences utérines, on court fort le risque de produire l'accident que nous étudions. Mais il ne faudrait pas toujours incriminer les tractions violentes et intempestives faites sur le cordon ou sur le placenta. Il arrive aussi que l'inversion se produit par le fait même de la marche du travail. Si le cordon est trop court, soit naturellement, soit accidentellement ; si l'expulsion est trop rapide : si l'œuf est expulsé en totalité ; si la femme accouche debout ; dans toutes ces conditions on aura à redouter le renversement.

Le pronostic est très grave : l'hémorragie n'est pas en effet seule à redouter : on a encore à craindre l'épuisement nerveux parfois si rapide, la gangrène utérine, si le col se contracte

sur le corps, l'occlusion intestinale si l'intestin a été entraîné en même temps que le corps de la matrice.

Traitement. — La première des indications est de réduire l'organe. Quand l'utérus sera en place, si l'hémorragie continue on pourra recourir aux divers moyens que nous avons jusqu'à présent indiqués, et l'on arrivera ainsi à s'en rendre maître. Tandis que d'une main on fixe au travers des parois abdominales l'organe utérin, on refoule avec l'autre la partie inversée, en ayant soin que les tentatives de refoulement soient faites non seulement suivant l'axe de la matrice, mais encore suivant celui du bassin. On évite ainsi la saillie formée par le promontoire. Les auteurs donnent une foule de procédés pour réduire l'utérus renversé. Sans entrer dans tous ces détails nous nous contenterons d'indiquer le procédé de Meissner : « La femme est placée dans le décubitus dorsal ; on embrasse toute la tumeur avec les quatre derniers doigts des deux mains et on applique les deux pouces sur la partie la plus déclive du fond de la matrice. On tâche ensuite de produire d'abord en cet endroit une petite dépression et de l'augmenter peu à peu par une pression graduelle et modérée, jusqu'à ce que l'on puisse achever le taxis à l'aide du procédé ordinaire. » Quand le col est fortement rétracté sur le corps, il ne faut pas hésiter à pratiquer le débridement. C'est là le conseil que donne à bon droit Courty. Quelle conduite faut-il tenir quand le placenta, encore adhérent, accompagne l'utérus prolabé ? Les auteurs sont unanimes sur ce point : il faut le détacher avant de réduire la matrice. Il est certain que dans ce cas on augmentera l'hémorragie existant déjà ; mais aussi on rendra la réduction bien plus facile et plus prompte. On évitera ainsi à la femme les douleurs très vives qui accompagnent l'inversion et on diminuera d'autant l'épuisement nerveux qui si souvent se montre dans ces circonstances. Disons en terminant cet article que

l'on a inventé un certain nombre d'instruments propres à refouler l'utérus ; ce sont là les repoussoirs. Mais on préfère généralement se servir de la main : l'expérience a démontré en effet que ces repoussoirs sont plus dangereux qu'utiles.

CHAPITRE IV

HÉMORRAGIES SECONDAIRES

Nous ne finirons pas ce long exposé des causes hémorragiques de la grossesse et de l'accouchement sans dire quelques mots de certaines hémorragies qui se produisent à une époque plus ou moins éloignée de la délivrance. Ces pertes sont rares, nous l'accordons ; mais encore faut-il savoir qu'elles peuvent exister pour ne pas être surpris quand elles surviennent.

Il arrive qu'après avoir eu à combattre une hémorragie par inertie utérine secondaire, alors que l'on croyait tout danger conjuré, l'utérus se laisse distendre peu à peu et finit par augmenter de volume d'une façon inquiétante. Il s'est produit ceci : la matrice, sous l'influence des moyens thérapeutiques que l'on avait employés, s'était contractée et avait ainsi tari la perte ; mais au bout de quelques heures l'action de ces moyens disparaît : l'utérus qui, par lui-même, ne peut plus jouir de son pouvoir de contractilité, se relâche, les vaisseaux sanguins, artériels et veineux, qui avaient été pour un temps obstrués, redeviennent béants et la perte reparaît. On se trouve, en définitive, en présence d'une hémorragie aussi grave que la première, hémorragie qui peut rapidement compromettre les jours de la malade ; le plus ordinairement dans ces cas la perte est interne ; il suit de là une recommandation

de la plus haute importance : c'est de ne pas abandonner ses accouchées ou tout au moins de les voir quelques heures après la délivrance quand l'utérus a été pris d'inertie après l'expulsion fœtale.

Il est, en général, assez facile de diagnostiquer cette perte. L'utérus, comme nous l'avons dit, augmente de volume dans des proportions considérables. Au lieu de sentir au-dessous de l'ombilic cette masse arrondie, dure, que l'on perçoit d'habitude, on reconnaît par le palper une tumeur énorme qui dépasse de beaucoup l'ombilic. Cette tumeur est plus ou moins molle, plus ou moins fluctuante; mais dans aucun cas elle ne présente la dureté de l'utérus franchement rétracté. De plus, le pouls est extrêmement fréquent. Ce signe a une très grande valeur. Quant aux symptômes généraux, ce sont ceux qui accompagnent toute perte abondante: pâleur, faiblesse, syncope, refroidissement des extrémités, etc...

Présence de débris placentaires. — Ces débris peuvent se trouver dans l'utérus, soit parce que l'accoucheur n'a pas exactement examiné le délivre et en a laissé une partie, soit parce que le placenta avait contracté des adhérences telles qu'on s'est trouvé dans la nécessité d'en abandonner quelques fragments, plutôt que d'amener des complications graves en s'acharnant après eux, soit enfin parce qu'il existait quelques cotylédons isolés dont on ne pouvait prévoir l'existence. Quel que soit le motif grâce auquel il est resté dans la cavité utérine des fragments du délivre, ceux-ci n'en donnent pas moins naissance à une hémorragie. Mais cette perte n'a pas, tant s'en faut, la gravité de celle qu'occasionne l'inertie utérine. Souvent les fragments sont expulsés d'eux-mêmes et le sang cesse de couler. Dans le cas contraire, il suffirait d'aller à leur recherche pour voir disparaître l'écoulement.

Allaitement. — Il est enfin une variété d'hémorragie qui se montre encore plus tard que celles que nous venons d'examiner : nous voulons parler des pertes occasionnées par l'allaitement. Nous avons eu à plusieurs reprises l'occasion de parler des sympathies étroites qui existent entre l'utérus et la mamelle. Eh bien ! sous l'influence seule de la lactation, la matrice peut se congestionner de plus en plus et finalement donner lieu à une hémorragie.

Traitement. — Nous dirons peu de choses sur le traitement de ces pertes, pour ne pas nous exposer à des redites. L'écoulement sanguin occasionné par la lactation disparaît en faisant cesser l'allaitement ; celui qui est dû à la présence de débris placentaires disparaît aussi si l'on retire ces débris.

Quant aux hémorragies liées à cette inertie de la matrice que l'on observe plusieurs heures après la délivrance, elles réclament les mêmes soins que celles qui se produisent immédiatement après l'accouchement. On pourrait ajouter aux moyens précédemment énoncés l'écouvillonnage de l'utérus. Cette méthode, préconisée par M. Doleris, et que Bailly a employée plusieurs fois avec un plein succès récemment, consiste à faire pénétrer dans la cavité utérine, après avoir abaissé et dilaté le col, s'il en est besoin, un écouvillon enduit de glycérine iodoformée au 10e. On brosse alors soigneusement la cavité de l'organe, on la débarrasse de tous les caillots et débris qu'elle peut contenir ; on peut après, si l'hémorragie persiste, cautériser la muqueuse, par exemple, avec le porte-caustisque de Lallemand.

FIN

VU BON A IMPRIMER :
Montpellier, le 25 janvier 1888.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

VU PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 24 janvier 1888.
Le Doyen,
A. CASTAN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessns de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !